

DEBATES EM POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE DA MULHER

Euzamar de Araujo Silva Santana
Adriana Gomes Nogueira Ferreira
Ruhena Kelber Abrão Ferreira
(Organizadores)



DEBATES EM POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE DA MULHER



Euzamar de Araujo Silva Santana
Adriana Gomes Nogueira Ferreira
Ruhena Kelber Abrão Ferreira
(Orgs.)

DEBATES EM POLÍTICAS PÚBLICAS
E SAÚDE DA MULHER

1ª Edição

Quipá Editora
2021

Copyright © dos autores e autoras. Todos os direitos reservados.

Esta obra é publicada em acesso aberto. O conteúdo dos capítulos, os dados apresentados, bem como a revisão ortográfica e gramatical são de responsabilidade de seus autores, detentores de todos os Direitos Autorais, que permitem o download e o compartilhamento, com a devida atribuição de crédito, mas sem que seja possível alterar a obra, de nenhuma forma, ou utilizá-la para fins comerciais.

Revisão e Normalização: Ruhena Kelber Abrão Ferreira

Conselho Editorial:

Me. Adriano Monteiro de Oliveira, Quipá Editora / Dra. Alana Maria Cerqueira de Oliveira, Instituto Federal do Acre / Me. Ana Nery de Castro Feitosa, HUWC/Universidade Federal do Ceará / Me. Ana Paula Brandão Souto, HUWC/Universidade Federal do Ceará / Me. Josete Malheiro Tavares, Universidade Estadual do Ceará.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D286 Debates em políticas públicas e saúde da mulher / Organizado por Euzamar de Araujo Silva Santana, Adriana Gomes Nogueira Ferreira e Ruhena Kelber Abrão Ferreira. — Iguatu, CE : Quipá Editora, 2021.
216 p. : il.

ISBN 978-65-89973-51-5
DOI 10.36599/qped-ed1.101

1. Saúde da mulher – Políticas públicas. 2. Enfermagem. I. Santana, Euzamar de Araujo Silva. II. Ferreira, Adriana Gomes Nogueira. III. Ferreira, Ruhena Kelber Abrão. IV. Título.

CDD 610.7

Elaborada por Rosana de Vasconcelos Sousa — CRB-3/1409

Obra publicada pela Quipá Editora em novembro de 2021.

Quipá Editora
www.quipaeditora.com.br
@quipaeditora

APRESENTAÇÃO

Esta obra é fruto de um compilado de estudos inerentes a Atenção à Saúde da Mulher, sendo grande parte dos capítulos resultantes de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) de alunas dos cursos de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), da Faculdade de Imperatriz – Facimp Wyden e da Faculdade de Palmas (FAPAL), que durante a sua formação, desenvolveram uma afinidade pela Saúde da Mulher.

A partir das discussões realizadas nas disciplinas Enfermagem em Saúde da Mulher, em ambas as instituições de ensino, percebeu-se a necessidade de fomentar estudos que abordassem aspectos como: a automedicação entre universitárias, a percepção de mulheres na descoberta da primeira vez, conhecimento e percepção de gestantes portadoras de complicações como Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) e Diabetes Gestacional a respeito de sua condição de saúde, a importância da presença do acompanhante e/ou Doula no processo de parturição, relevância do aleitamento materno e aspectos biopsicossocioespirituais do climatério, abordando questões relacionadas aos cuidados da Mulher que vivencia momentos tão importantes de sua existência e o papel da (o) Enfermeira (o) na assistência integral e humanizada à Mulher em suas diversas fases da vida.

A partir dos resultados obtidos percebeu-se a necessidade de sistematizar os trabalhos em forma de textos e compartilhar as descobertas com outros estudantes e profissionais da saúde, no intuito de aguçar uma reflexão mais profunda a respeito das Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher e contribuir para a qualificação e a formação básica na área da saúde.

Desejo ótimas reflexões e uma excelente construção de conhecimento.

As organizadoras e o organizador

PREFÁCIO

Esta obra, escrita em sua grande maioria por mulheres, tem o objetivo de debater as políticas públicas para o desenvolvimento da saúde da mulher sob a ótica do papel da (o) Enfermeira (o) na assistência integral e humanizada à mulher da adolescência à velhice, perpassando, principalmente, pela saúde sexual e reprodutiva. Falar de mulher sob uma perspectiva majoritariamente feminina é de grande necessidade e valia, visto a identificação com as temáticas abordadas por diferentes pontos de vista e a promoção de aproximação com as realidades e desafios enfrentados.

Os temas discutidos neste livro atravessam assuntos popularmente conhecidos, como a gravidez na adolescência, gestação de risco, parto, puerpério e aleitamento e o climatério, e foram desenvolvidos por meio de pesquisas diretas com mulheres, pesquisas bibliográficas e relatos de experiência. Essa coletânea de pesquisas apresenta uma ótica humanizada de profissionais sensíveis às temáticas e sempre permeadas com a vivência do gênero em foco.

No primeiro capítulo intitulado **Gravidez na adolescência e suas implicações** os autores compreendem que a adolescência é considerada um período do desenvolvimento humano entre a infância e a fase adulta, no qual existe o desenvolvimento da maturidade e de processos psicológicos. Logo, se esta fase não for bem trabalhada pode desencadear em exposição a riscos, como drogas, iniciação sexual precoce e gravidez indesejada. Logo a pesquisa apresentada tem como objetivo identificar os problemas sociais decorrentes da gravidez precoce, sendo que a construção desse trabalho se insere a partir de pesquisas bibliográficas por meio de livros, revistas, sites especializados e demais publicações, com o uso das palavras-chave: “gravidez na adolescência” e “políticas públicas”. Desta forma, os principais fatores associados à ocorrência da gravidez na adolescência são: a falta de informação, o uso inadequado de métodos anticoncepcionais e o desconhecimento sobre o seu próprio ciclo reprodutivo, sendo essa realidade maior nas adolescentes em condições socioeconômicas mais baixas. Sendo assim, as políticas públicas e todos os envolvidos na problemática da gravidez na adolescência, como a escola, a família e o Estado, devem estar voltados tanto para prevenção precoce quanto também para atenção às adolescentes grávidas, seu contexto e o resgate de sua autoestima.

Já no segundo capítulo **Automedicação entre universitárias com vulvovaginites em uma instituição privada de ensino superior de Imperatriz/MA** as autoras e autores abordam sobre vulvovaginites e vaginoses que estão entre as principais queixas relatadas nas consultas ginecológicas, provocando desconfortos físicos e psicológicos que podem fazer um grande diferencial na decisão de buscar ou não um profissional de saúde e até mesmo optar pela

automedicação. Face ao exposto, objetivou-se investigar a prática da automedicação entre mulheres com vulvovaginites. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, de caráter descritivo e explicativo, realizado com acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem de uma instituição de ensino superior (IES) privada de Imperatriz/MA. A amostra foi composta por 19 mulheres, prevalecendo a faixa etária de 18 a 29 anos, onde a grande maioria apresenta conhecimento prévio sobre as vulvovaginites. Nos achados da pesquisa notou-se que essas patologias não estão diretamente relacionadas à multiplicidade de parceiros, já que as mulheres casadas eram acometidas na mesma proporção que as mulheres solteiras. Ficou evidente que a automedicação é muito comum entre essa população, visto que estão em uma fase de vulnerabilidades, o que favorece a mesma. De modo geral, há uma necessidade ampla de conscientização e realização de educação em saúde que promova o autocuidado feminino, bem como a prevenção do uso irracional de medicamentos.

Na sequência o capítulo nomeado **Percepção das mulheres ao descobrirem-se grávidas pela primeira vez** as autores e autores entendem a gravidez como um momento ímpar para a mulher, que passará por algumas alterações no decorrer desse percurso, estando susceptível à mudanças, principalmente quando se trata do primeiro filho. Neste estudo objetivou-se avaliar a percepção de primíparas quanto à gestação, em uma Maternidade do Município de Imperatriz/MA. A presente pesquisa constitui-se de um estudo de campo, descritivo e exploratório, caracterizado por abordagem qualitativa. Participaram do estudo 15 gestantes, que se encontravam no estabelecimento de saúde no momento da pesquisa. A coleta de dados foi realizada e baseada em um roteiro de entrevista semiestruturado, com variáveis envolvendo o perfil socioeconômico, epidemiológico e clínico e grau de conhecimento sobre a gestação. Por meio deste estudo pode-se avaliar a percepção dessas mulheres que estão vivenciando a maternidade pela primeira vez e a partir do que foi constatado, é possível traçar medidas de intervenção que as ajude nesse processo de vivência da maternidade, especialmente, àquelas que estão tendo mais dificuldade nesse momento.

Na sequência, no capítulo **Conhecimento da gestante portadora da Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação** as autores e os autores entendem que (SHEG) é uma complicação de maior incidência que contribui para o índice de morbimortalidade materna e perinatal continuarem elevados. O desconhecimento e/ou conhecimento deficiente da gestante sobre a SHEG, contribui para um déficit do autocuidado e des zelo pela sua saúde, evidenciando uma evolução desfavorável da gravidez. Neste sentido, a pesquisa é um estudo de campo, descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, sobre o conhecimento da gestante portadora da SHEG, a respeito da doença. O estudo possibilitou compreender que o nível de conhecimento da gestante sobre a doença ainda é muito deficiente, contribuindo para complicações potenciais, aumentando os índices de mortalidade materna e fetal. Evidenciada ainda, deficiência na assistência da equipe de

enfermagem em relação às orientações e informações sobre a patologia. Por fim, se faz necessário repensar e fortalecer a assistência de enfermagem, através da educação em saúde, tanto na atenção primária como no ambiente intrahospitalar.

Na pesquisa intitulada **Perfil e percepção de gestantes portadoras de diabetes assistidas em uma maternidade pública do Maranhão** as autoras e autores compreendem que o período gestacional é um momento em que mudanças importantes relacionadas a aspectos físicos e psíquicos ocorrem. Um dos problemas que podem surgir ou se agravar durante esta fase é o Diabetes Mellitus (DM), patologia que se diferencia em Diabetes Mellitus tipo1, tipo 2 e Diabetes Mellitus Gestacional. Com este estudo objetivou-se verificar a percepção e os sentimentos vivenciados pelas gestantes portadoras do Diabetes Mellitus, avaliando tanto o nível de conhecimento destas sobre a doença quanto a atuação da equipe de enfermagem. Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, baseado no método de história oral. Foi realizada entrevista semiestruturada com 13 mulheres com diagnóstico de DM/DMG, as quais foram gravadas, transcritas e analisadas de acordo com a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Após análise, emergiram quatro categorias: Nível de informação/conhecimento acerca do Diabetes; Sentimentos vivenciados após a descoberta da doença; Adesão e conhecimento em relação ao tratamento; e por fim, Percepção das gestantes em relação ao tipo de assistência ofertada.

Na sequência, as autoras e os autores do trabalho **Percepção das mulheres acompanhadas por Doula no pré-parto, parto e pós-parto imediato** compreendem que o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) têm o intuito de promover uma assistência humanizada à gestante em seu período de parturição. Neste contexto, a Doula é apontada como profissional sinônimo de humanização, uma vez que, por meio de métodos não intervencionista (acompanhamento físico, psicológico e emocional) exerce impactos positivos e essenciais na implantação da humanização no processo de parto. Na presente obra objetivou-se analisar a percepção das mulheres que vivenciaram a experiência de serem acompanhadas por Doula, durante o seu processo de parturição. Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido em Imperatriz/MA, com nove mulheres que foram assistidas por Doula, no pré-parto, parto e pós-parto imediato, em estabelecimentos de saúde público ou privados. As entrevistas tiveram a duração média de quarenta minutos, sendo posteriormente, transcritas na íntegra e interpretadas por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin, emergindo três categorias: “Motivos e Circunstâncias para a escolha do parto acompanhado por Doula”, “Benefícios do acompanhamento de uma Doula no trabalho de parto” e “O diferencial de um parto assistido por uma Doula”. Constatou-se que a assistência da Doula para com as parturientes se mostra crescente e necessária, sendo considerada essencial para a segurança no processo de parturição.

No texto **O papel da enfermagem no aleitamento materno** são abordados de forma integrativa a importância do aleitamento materno e da atuação da enfermagem frente à essa prática. Objetivou-se constatar a importância do aleitamento materno para a vida de mães e filhos, verificar a relevância da enfermagem frente à isso e identificar os fatores que favorecem o desmame precoce. Trata-se de um estudo integrativo da literatura científica, no qual se utilizou as seguintes bases de dados: Scielo (Scientific Electronic Library Online), Google Escolar e Portal Capes. Por fim percebeu-se com o estudo que a enfermagem é fundamental na promoção do aleitamento materno, assim como no preparo das mães para tal prática, sendo essencial o incentivo e a capacitação dessas mulheres, o apoio profissional e a quebra de estigmas errôneos.

Na sequência, no texto **Aleitamento materno: causas e consequências do desmame precoce**, as autoras e autores compreendem que Organização Mundial da Saúde preconiza amamentação exclusiva até o sexto mês de vida e parcialmente até os dois anos de idade. O leite materno promove benefícios tanto para a mãe quanto para a criança. Apesar das benevolências, é cada vez mais frequente o desmame precoce. O propósito deste trabalho foi ressaltar por meio de uma revisão bibliográfica a importância do aleitamento materno, bem como identificar as causas e consequências do desmame precoce. Para tal, foi realizada uma busca detalhada de artigos nas bases de dados BIREME, LILACS, SciELO e BVS, utilizando-se como principais descritores: Aleitamento Materno, Desmame, Nutrição Lactente, Leite Humano. Buscou-se apresentar, no presente trabalho, os aspectos fisiológicos, imunológicos e patológicos, políticas de respaldo do aleitamento, assim como as causas e consequências do desmame precoce e os cuidados de enfermagem.

Já as autoras e autores do texto **Assistência de Enfermagem humanizada: inserindo o acompanhante no ciclo gravídico-puerperal** compreendem a participação do acompanhante escolhido pela mulher no ciclo gravídico-puerperal é um direito essencial, conquistado e assegurado em 2005, através da lei 11.108. A insuficiência de conhecimento sobre a participação do acompanhante pode prejudicar a evolução e desfecho da gravidez, devido à necessidade de atenção materno-fetal. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem quanti-qualitativa. Objetivou-se verificar a percepção das puérperas acerca do direito a ter o acompanhante durante o ciclo gravídico-puerperal e a sua importância neste processo. Os sujeitos da pesquisa foram puérperas com idade \geq a 15 anos, que se encontravam em puerpério imediato, mediato ou tardio, aptas física e psicologicamente a participar do estudo. Foram realizadas entrevistas com perguntas norteadoras abordando dados sócio demográficos, obstétricos e referentes à participação do acompanhante, transcritas e analisadas conforme a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. Emergiram as categorias: Descoberta, aceitação e nascimento do bebê; Atuação do acompanhante no ciclo gravídico-puerperal; e Assistência ofertada durante o pré-natal, internação e parto. As puérperas

e suas percepções foram evidenciadas, destacando-se a falta de informação, infraestrutura inadequada e despreparo da equipe de saúde. A capacitação da equipe é essencial para compreender as formas de inserção do acompanhante, para que possam ofertar uma assistência humanizada às gestantes e seus acompanhantes, incentivando a sua participação de forma ativa.

Já na pesquisa **Aspectos biopsicossocioespirituais do climatério em mulheres de uma comunidade evangélica do interior Maranhão** observou-se o aumento da expectativa de vida das mulheres nos últimos anos. Nesse contexto, objetivou-se conhecer os aspectos e as implicações biopsicossocioespirituais do Climatério em mulheres de uma comunidade evangélica do Interior do Maranhão. Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, de abordagem qualitativa, com 10 mulheres na fase climatérica, incluídas por terem entre 35 e 65 anos. Posteriormente, as respostas foram transcritas na íntegra e organizadas cronologicamente, sendo submetidas à análise de conteúdo de Bardin, originando quatro categorias: compreensão do tema climatério/menopausa e suas alterações; considerações acerca dos aspectos psicossociais, autoestima e autoimagem no climatério; climatério e a sexualidade; e influência da espiritualidade e da religião no climatério. Evidenciado pouco conhecimento das depoentes sobre a fase, bem como as manifestações mais prevalentes. Sobre autoimagem e autoestima, notou-se uma visão não convencional, pois muitas não se deixaram abater pelas mudanças físicas. Na sexualidade, alterações e falta de apoio do cônjuge foram ditas como causa da falta de desejo sexual. A espiritualidade e a religião por sua vez, mostraram-se recursos de grande valor. Destacou-se a necessidade de ações educativas dentro das igrejas e elaboração de métodos e estudos intervencionistas efetivos, que possibilitem a promoção da saúde no climatério, em todos os âmbitos sociais.

Encerrando esta obra, o último capítulo **Atuação da enfermagem na saúde da mulher com ênfase no climatério** as autoras e autores compreendem que climatério é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma fase biológica da vida, não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da mulher. Faz-se necessário abordar a importância da atuação do enfermeiro junto à mulher, para que se possa reconhecer as lacunas existentes no meio assistencial e científico, bem como produzir novos conhecimentos. Logo, objetivou-se descrever a atuação de enfermagem na saúde da mulher no período do climatério, conhecer as fases do ciclo reprodutivo, elencar os sinais do período climatérico e definir a perspectiva da mulher climatérica em relação a essa nova fase. Metodologia: Trata-se de uma revisão da literatura, no qual foram utilizados artigos científicos publicados nas bases de dados Lilacs, Scielo, Bireme e Google Acadêmico e Manuais do Ministério da Saúde, tendo como descritores: Climatério, Saúde Sexual, Qualidade de Vida e Assistência de Enfermagem. Por fim, compreendeu-se a questão de o período climatérico ocupar cerca de um terço da vida da mulher é o suficiente para

que se reconheça a extrema importância de uma atenção adequada e específica às mulheres nessa etapa da vida.

O desafio da construção desse livro deve-se à percepção da carência da reunião de textos sobre a saúde da mulher sob a apreciação de profissionais de enfermagem predominantemente com um olhar da mulher para as mulheres, uma vez que é dever dos serviços e profissionais acolher a mulher de forma digna e humanitária, enfocando e respeitando seus direitos, pois de acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a atenção à saúde da mulher não deve se restringir à assistência materno-infantil nem se limitar a fases de vida nas quais a mulher tem capacidade de reprodução, ela deve englobar todo o ciclo vital da mulher. Ainda é possível encontrar no território nacional mulheres que ainda encontram dificuldades na acessibilidade aos serviços básicos de saúde, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), devido a vários fatores – culturais, econômicos, sociais, que precisam ser reavaliados para que sejam estabelecidas intervenções que respeitem os direitos das mesmas.

Por fim desejamos uma excelente leitura à todas e todos

Prof. Enf. Carolina Freitas do Carmo Rodrigues

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	13
Gravidez na adolescência e suas implicações <i>Eliany Lopes Barbosa Rodrigues, Carolina Freitas do Carmo Rodrigues, Maitê da Veiga Feitoza Borges Silva, Euzamar de Araujo Silva Santana, Cristina Vianna Moreira dos Santos, Ruhena Kelber Abrão</i>	
CAPÍTULO 2	29
Automedicação entre universitárias com vulvovaginites em uma instituição privada de ensino superior de Imperatriz/MA <i>Thais Teixeira da Silva, Euzamar de Araujo Silva Santana, Ruhena Kelber Abrão</i>	
CAPÍTULO 3	47
Percepção das mulheres ao descobrirem-se grávidas pela primeira vez <i>Vanessa Freitas de França, Euzamar de Araujo Silva Santana, Wherveson de Araujo Ramos, Ruhena Kelber Abrão</i>	
CAPÍTULO 4	59
Conhecimento da gestante portadora da Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação <i>Jeane da Silva Almeida, Euzamar de Araujo Silva Santana, Ruhena Kelber Abrão</i>	
CAPÍTULO 5	78
Perfil e percepção de gestantes portadoras de diabetes assistidas em uma maternidade pública do Maranhão <i>Jhennyfer Barbosa de Oliveira Mantesso, Euzamar de Araujo Silva Santana, Ismália Cassandra Costa Maia Dias, Ruhena Kelber Abrão</i>	
CAPÍTULO 6	95
Percepção das mulheres acompanhadas por Doula no pré-parto, parto e pós-parto imediato <i>Amanda Lisa Amorim Sousa, Euzamar de Araujo Silva Santana, Ruhena Kelber Abrão</i>	
CAPÍTULO 7	119
O papel da enfermagem no aleitamento materno <i>Mikael Henrique Batista de Jesus, Poliana Vilela Ferreira, Patrícia da Silva Oliveira, Wanna Thaylha Silva Brito, Euzamar de Araujo Silva Santana, Mízia Saraiva dos Santos, Ruhena Kelber Abrão</i>	

CAPÍTULO 8	131
Aleitamento materno: causas e consequências do desmame precoce <i>Jéssica Rodrigues de Souza, Giovanna Felipe Cavalcante, Euzamar de Araujo Silva Santana, Márcia Divina Magalhães, Ruhena Kelber Abrão</i>	
CAPÍTULO 9	149
Assistência de enfermagem humanizada: inserindo o acompanhante no ciclo gravídico- puerperal <i>Rízia Sousa Almeida Oliveira, Euzamar de Araujo Silva Santana, Ruhena Kelber Abrão</i>	
CAPÍTULO 10	168
Aspectos biopsicossocioespirituais do climatério em mulheres de uma comunidade evangélica do interior Maranhão <i>Ruth Fernandes Pereira, Euzamar de Araujo Silva Santana, Ruhena Kelber Abrão</i>	
CAPÍTULO 11	199
Atuação da enfermagem na saúde da mulher com ênfase no climatério <i>Eliziane Alves Costa, Tamyze Bezerra Gomes, Euzamar de Araujo Silva Santana, Thiago Oliveira Sabino, Ruhena Kelber Abrão</i>	
SOBRE AS ORGANIZADORAS E O ORGANIZADOR	212
SOBRE AS AUTORES E OS AUTORES	213
ÍNDICE REMISSIVO	215

CAPÍTULO 1

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES

*Eliany Lopes Barbosa Rodrigues
Carolina Freitas do Carmo Rodrigues
Maitê da Veiga Feitoza Borges Silva
Euzamar de Araujo Silva Santana
Cristina Vianna Moreira dos Santos
Ruhena Kelber Abrão*

INTRODUÇÃO

A adolescência é considerada um período do desenvolvimento humano entre a infância e a fase adulta, onde existe o desenvolvimento da maturidade e de processos psicológicos (BRASIL, 2018). Devido ao processo de formação, neste período ocorrem muitas mudanças no modo de agir e de pensar, várias transformações, e, conseqüentemente, a sexualidade é um dos grandes fatores biológicos. É nessa fase que se inicia a descoberta e o interesse sexual do adolescente e se essa juvenildade não for bem trabalhada pode desencadear exposição à riscos, como drogas, iniciação sexual precoce e uma gravidez indesejada (SCHOEN-FERREIRA; AZNAR-FARIAS; MATTOS SILVARES, 2010; ROEHRS; MAFTUM; ZAGONEL, 2010; RIBEIRO et al., 2016).

Uma gravidez e a maternidade precoce geram muitas mudanças na vida dos indivíduos, principalmente quando não se tem uma vida estruturada, levando à evasão escolar, dificuldades de encontrar emprego, distanciamento dos amigos, dentre tantas outras conseqüências, pois a adolescente terá que assumir responsabilidades para as quais não estava preparada (DE CARVALHO; MATSUMOTO, 2008; ROCHA, 2009; RODRIGUES; SILVA; GOMES, 2019; SOUSA *et al*, 2018).

A passagem da família tradicional para a contemporânea tem suas raízes nas profundas transformações do pensamento ético, moral, cultural e religioso do ser humano, que se constitui conforme o modo de agir e pensar sobre si mesmo, e o como se relacionar com o mundo. As novas constituições familiares que surgiram na sociedade moderna estabelecem uma nova comunicação na construção afetiva e educacional dos filhos adolescentes; permitindo maior envolvimento emocional e participação de sua formação quando comparado com os primeiros modelos de família, constituídas como forma de suprir mão de obra para o trabalho no plantio, nos quais a adolescência não era reconhecida e estudada como hoje (PRATTA; SANTOS, 2007; DESSEN; POLONIA, 2007; FURLANETTO *et al.*, 2018).

Dessa forma a gravidez na adolescência é uma realidade que não está restrita apenas às classes menos favorecidas atingem todas as classes sociais, gerando mudanças abruptas na estrutura das famílias (DIAS; TEIXEIRA, 2010; TABORDA *et al.*, 2014). Apesar de está em queda, conforme pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a gravidez na adolescência ainda é uma problemática a ser pensada e direcionada à programas e projetos que visem minimizar essa ocorrência (MERCERON, 2016).

Portanto, este estudo objetivou identificar os problemas sociais decorrentes da gravidez precoce; verificar as transformações ocorridas na vida da adolescente diante de uma gravidez não planejada; reconhecer através da identificação, a importância dos gestores públicos frente à essa questão; e contribuir para uma reflexão sobre a gravidez precoce como questão social.

A realização desta pesquisa justificou-se frente à grande relevância do tema estudado para a sociedade, no intuito de fomentar ações de prevenção que possam diminuir a incidência de gestação precoce e aprimorar o acompanhamento às adolescentes, permitindo melhores condições de vida e uma preparação para assumir o papel de adulto. Entretanto, alguns estudos evidenciam que a gravidez na adolescência não deve ser vista apenas como algo não planejado e indesejado, depende da subjetividade e da condição pessoal de cada um, por isso é de suma importância que a adolescente grávida tenha amparo de suas angústias e dúvidas.

METODOLOGIA

A construção desse trabalho se insere a partir de pesquisas bibliográficas através de livros, revistas, sites especializados e demais publicações. Portanto, o tema foi amplamente estudado, possibilitando extensão dos conhecimentos sobre a temática em evidência, bem como uma fundamentação teórica consistente.

Para coleta dos dados foram utilizadas as palavras-chave “Gravidez na adolescência” e “Políticas públicas”. A escolha destas palavras-chave foi realizada com base na leitura de produções relacionadas ao tema, obtendo assim, embasamento prévio. Após a realização das buscas, os resultados encontrados foram analisados com leitura preliminar do título e resumo, sendo excluídos os trabalhos que não possuíam relação com o assunto.

Os critérios de inclusão definidos foram: trabalhos escritos em português, espanhol e inglês, realizados no Brasil, não havendo limitação de anos de produção. Já os critérios de exclusão foram: publicações duplicadas, com escolha do mais completo; pesquisas que não se referiam à temática; e não obter acesso completo gratuitamente.

Após análise inicial, todas as produções selecionadas foram obtidas na íntegra e avaliadas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Todos os processos de seleção e avaliação das pesquisas foram realizados por pares. Para interpretação e aplicação das análises sobre os resultados coletados foi considerado o embasamento técnico científico dos revisores dos estudos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Gravidez na adolescência, enquanto expressão social

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000) são considerados adolescentes as pessoas de 10 a 19 anos e adultos jovens entre 20 a 24 anos, visto também pelo Ministério da Saúde (MS) no Brasil, a puberdade é um componente desta fase da vida, conforme consta no Manual de Atenção à Saúde do Adolescente (SÃO PAULO, 2006; BRASIL, 2017).

Segundo Bock (2007) nós não temos adolescência e sim adolescentes, isto porque para a autora, a adolescência não é uma fase natural do desenvolvimento humano, pois é artificialmente criada, sendo derivada da estrutura socioeconômica, dependente da particularidade, da estrutura psicológica, e da cultura de cada pessoa. Neste sentido, este período se difere em cada país, devido aos fatores sociais, econômicos e culturais divergentes. Conforme definido, esse período vincula o indivíduo ao seu meio social, conseqüentemente, a adolescência em nossa sociedade é diferente para todos os jovens, já que cada um vive condições sociais diferentes.

Apresentam-se nessa fase vários desafios, ocorrendo turbulência e conflitos, dependendo dos fatores externos e da adaptação às novas mudanças. A adolescência é um período da vida humana marcado pelo aparecimento inicial das características sexuais secundárias, pela maturidade sexual e pelo desenvolvimento de processos psicológicos e de padrões de identificação que envolve a transição da fase infantil para a adulta, e de um estado de dependência para outro de relativa autonomia (ROEHRS; MAFTUM; ZAGONEL, 2010; BRASIL, 2017).

Na adolescência, além do desenvolvimento e das alterações psicológicas e sociais, um dos fatores biológicos de grande importância é a sexualidade, que precisa ser bem assistida para que não desencadeie reflexos irreversíveis, exemplo disso uma gravidez precoce. D'Andrea (1989 apud PRIORI, 2008) afirma que a adolescência pode ser classificada em três períodos: pré-puberdade, puberdade e pós-puberdade.

O período pré-puberdade é caracterizado como a fase em que o adolescente apresenta um conflito interno, alternando entre atitudes de criança e o desejo de ser visto como adulto; a puberdade como o período em que ocorre a maturação dos órgãos reprodutores, tornando o adolescente apto

para a sexualidade adulta; e a pós-puberdade, que é a etapa em que o adolescente precisa fazer escolhas para se tornar adulto, sentindo a necessidade de se subjugar do poder familiar, passando a se relacionar com o outro de forma distinta (PRIORI, 2008). Percebe-se que a adolescência para algumas sociedades é vista apenas como transformações físicas, mas conforme citado anteriormente é uma fase conflituosa, apresentando maturação e vários momentos de escolhas e tomadas de decisão, marcados por transtornos e grandes sofrimentos, que precisam ser amparados e superados.

Segundo Almeida (2003) a fase da adolescência nos últimos anos está tendo uma maior duração, crianças e adolescentes frequentam as escolas para se prepararem para a vida profissional e passam anos neste aprendizado, deste modo, a fase da adolescência dura cada vez mais, sendo retardada a conquista da independência financeira. Para Magalhães (2004 apud Gonzaga, 2011, p. 24) a adolescência não é mais estabelecida, devido à diversificação do seu meio social:

A fase de transição que caracteriza a adolescência, biologicamente inicia-se por volta deste período, a fase da puberdade na qual os hormônios sexuais agem, provocando mudanças físicas materializadas no crescimento do esqueleto do corpo, alterações na composição corporal (como crescimento de pelos) além do amadurecimento da genitália. Nas meninas a ação dos hormônios sexuais se dá através de mudanças que dão formas mais arredondadas ao corpo, crescimento de pelos, mamas e ocorre a primeira menstruação. Nos meninos há o crescimento genital e posteriormente à ereção e ejaculação (p. 24).

Em um hospital de Sergipe, a gravidez, o parto e o pós-parto ainda são a primeira causa de internação hospitalar de adolescentes no Sistema Único de Saúde (GUIMARÃES; OLIVEIRA; BOHLAND, 2020) e os problemas associados à gravidez, ao parto e ao pós-parto aparecem, no caso das meninas, como a causa mais comum de óbito entre mulheres de 15 a 19 anos no mundo (WHO, 2016). Destaca-se que as adolescentes são vítimas de consequências e complicações obstétricas como, ganho de peso insuficiente, hipertensão, infecção urinária e, muitas vezes, até a morte no parto e pós-parto, evidenciando assim, a grande importância da educação e orientação sexual, pois o diálogo é imprescindível na prevenção da gravidez precoce, necessitando está inserida também na área da saúde e assistência social, através de programas e projetos sociais com incentivos para a população (GUIMARÃES; OLIVEIRA; BOHLAND, 2020).

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) registrou no Brasil, em 2018, um percentual de 15,5% (456.128) dos nascimentos de mães até 19 anos, resultado de uma tendência de queda. Do total analisado, 21.172 eram de mães entre 10 e 14 anos, 434.956 entre 15 e 19 anos, sendo que houve prevalência da região Nordeste (BRASIL, 2019).

Identificação das transformações diante de uma gravidez precoce

A sexualidade do adolescente é considerada um período de transformações físicas e hormonais, iniciando então a afloração sexual, que é desenvolvida durante sua vida, evidenciando as transformações emocionais e físicas. Segundo Pereira (2009) a primeira vez que houve relato sobre sexualidade na adolescência no Brasil no século XVI, foi logo após sua descoberta, em 1500. O escriba oficial da expedição de Pero Vaz de Caminha relatava que cerca de 10% dos tripulantes tinham entre 09 e 15 anos de idade, sendo que sofriam torturas sexuais frequentes, visto que não havia mulheres nas embarcações.

Por conta da forte influência das estruturas machistas e patriarcais, a sexualidade continua a ser considerada um “tabu” em meio à sociedade, não sendo discutida, mas, omitida e ignorada pelas famílias, gerando uma perpetuação de receio e até mesmo falta de conhecimento por parte dos pais.

Para Fonseca (2006) não se pode falar em família, mas sim em famílias, pois esta esfera da sociedade apresenta-se de forma complexa, com vários tipos de representações e dinâmicas, organizando-se de forma diferenciada. Isso é importante, pois na atualidade, é relevante conhecer cada particularidade das famílias, para elaboração das políticas públicas. De acordo com a afirmação da autora é preciso conhecer os princípios e fundamentos das famílias, para definir responsabilidades e compromisso da sociedade civil, possibilitando acesso às políticas públicas e o avanço da qualidade desses serviços.

Segundo Paloschi (2010, p.22) pode-se afirmar que:

A família é uma instituição que “cria e recria as práticas” educativas e disciplinares condizentes aos padrões de sua época [...] necessita-se então, atenção, no que diz respeito à educação sexual que se tem em casa, os exemplos, as atitudes dos familiares com as crianças e adolescentes que convivem acarretando influências em toda a vida destes sujeitos, desde a escolha errada de uma profissão, companheiro (a), ou até mesmo uma gravidez indesejada (p. 22).

A proteção integral à criança e ao adolescente, garantida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em seu artigo 4º, que tem a família, além da comunidade, da sociedade e do Poder Público, como uma das responsáveis pela proteção da sua prole, se vê, no entanto, no rumo inverso, uma vez que, suprimida das mínimas condições socioeconômicas, sofre o processo da exclusão social (BRASIL, 1990).

Como evidenciado, a injustiça social dificulta o convívio saudável da família, favorecendo o desequilíbrio das relações e a desagregação familiar (GOMES; PEREIRA, 2005). Diante da realidade de desigualdade social no Brasil, é necessário potencializar as políticas públicas relacionadas ao atendimento às famílias e, conseqüentemente, aos adolescentes. Como para muitas

famílias existe essa dificuldade de dialogar sobre a temática, o adolescente acaba procurando as informações em outros espaços, como em grupos de amigos, meios de comunicação ou no meio escolar (FURLANETTO *et al.*, 2018).

Estudos comprovam que os amigos sempre foram e continuam sendo a maior fonte de informações sobre sexualidade para os adolescentes (BORGES; NICHATA; SCHOR, 2006; SAVEGNAGO; ARPINI, 2013; RODRIGUES; SILVA; GOMES, 2019), porém essas são fontes inseguras. Além de buscar informações com outros jovens, os adolescentes também recorrem aos meios de comunicação como a televisão, revistas e internet (SAVEGNAGO; ARPINI, 2013; CORREA; BARROS; CARRETT, 2020).

Sobre os meios de comunicação, Pagnussatti (2012, p.4) alerta para o alto teor de erotismo presente e a falta de informação sobre a prevenção, ressaltando que:

é necessária uma postura mais crítica, quando o assunto é o Discurso da Mídia sob o viés da sexualidade. É imperioso “revisar”, repensar e questionar com o jovem e a família o que é veiculado pelos meios de comunicação como verdades, que ideologia permeia e o que chega até os espectadores, leitores e ouvintes.

Assim, a responsabilidade de orientar os jovens sobre a sexualidade culmina recaindo sobre a escola, porém acaba sendo realizada de maneira reduzida e pragmática. O aprendizado da sexualidade não se restringe a genitalidade, tampouco ao acontecimento da primeira relação sexual. Trata-se de um processo de experimentação pessoal e de impregnação pela cultura sexual do grupo, que se acelera na adolescência e na juventude. O aprendizado constitui-se na familiarização de representações, valores, papéis de gênero e rituais de interação e de práticas, presentes na noção de cultura sexual (HEILBORN, 2006; CORREA; BARROS; CARRETT, 2020; PEREIRA *et al.*, 2021).

A educação está envolvida em todas as buscas para que o ser humano se adapte à cultura produzida por si mesmo, e a escola é o espaço privilegiado de produção e socialização destes adolescentes, por meio de ações educativas que busquem a formação e conquista da cidadania (FREIRE, 2005).

Quanto à abordagem do profissional de saúde, de modo geral, consiste em tentar construir espaços de discussão, seja ela coletiva ou individual, de forma crítica para que haja identificação e abertura para propor alternativas de enfrentamento aos fatores sociais, políticos, econômicos e culturais que interferem no sistema de educação dos mesmos, e que a sociedade civil possa reivindicar os seus direitos (PARANÁ, 2009, PEREIRA *et al.*, 2021).

Diante do que foi abordado, apesar das falhas apresentadas na orientação sexual familiar, esta é sempre a referência do indivíduo em meio à sociedade, sendo que é a partir da sua própria família que o adolescente desenvolve a primeira visão de mundo, remetendo-se a um referencial sobre as

relações vivenciadas. Assim, as políticas sociais necessitam ser defendidas como instrumento estratégico na garantia de condições sociais para emancipação humana e a luta para a conquista destas políticas.

Concentração de mulheres de 15 a 17 anos com filhos

Por volta do final do século XIX, grandes mudanças ocorreram com a Revolução Industrial e também com a I Guerra Mundial, pois trouxeram um novo cenário para as mulheres da classe trabalhadora. Essas mulheres foram ingressadas em campos de trabalho, que eram conhecidos e exercidos até em então, somente para homens, porém, não foram acompanhadas no âmbito dos direitos sociais (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

As mulheres que estavam à frente da produção não podiam engravidar, pois comprometeriam a vida profissional ou até mesmo a renda familiar. Diante deste período histórico, surge então, uma nova concepção em relação à gravidez precoce, que deixa de ser encarada como um processo natural, passando a ser denominada e responsabilizada pelo Estado. Até meados do século XX, a gravidez na adolescência não chamava tanta atenção dos estudiosos como hoje, pois ainda não era considerada uma questão social (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

A adolescência é uma fase de indecisões, conflitos e crise, podendo ser agravada com a ocorrência de uma gravidez precoce e para adolescentes provenientes de famílias pobres, quando ocorre a falta de instruções, como também defendido por Dias e Teixeira (2010, p.124):

antes de tudo, um fenômeno social, um nome que se dá a um período do desenvolvimento no qual certas expectativas sociais recaem sobre os indivíduos e configuram um modo de ser adolescente, fruto da conjugação de transformações biológicas, cognitivas, emocionais e sociais pelas quais passam as pessoas. Sendo a gravidez um fenômeno social, os contornos da adolescência não podem ser definidos em termos absolutos, uma vez que tal definição depende do lugar que a sociedade atribui ao adolescente em um dado momento histórico (p. 124).

De acordo com Levandowski, Piccinini e Lopes (2008) durante a gravidez algumas manifestações próprias da adolescência podem intensificar-se, com exigências de adaptação à nova condição, tais como ansiedade, tendência à depressão e adoção de comportamento hostil. Observou-se ainda que as taxas de suicídio nas adolescentes grávidas, sobretudo nas gestantes solteiras, são mais elevadas em comparação com as não grávidas.

Sabe-se que há muitos desafios enfrentados pelas adolescentes grávidas, muitas vezes manifestando rejeição a essa nova condição de vida, correspondendo à um processo lento, pois após

o nascimento das crianças, as jovens enfrentarão dificuldades ainda maiores, devido às exigências da própria situação.

Para Gonzaga (2011) um dos motivos da manutenção dos altos índices de gravidez na adolescência é o fato de que no decorrer dos anos as famílias estão diminuindo as formas de controle sobre os filhos. Desta forma, estando os filhos sob forte ação dos hormônios sexuais e sem orientação, iniciam a vida sexual de forma desordenada, aumentando a incidência de gravidez indesejada e de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

A Lei nº 9.263 que tange sobre o direito ao planejamento familiar, defende desde sua divulgação, a inclusão da educação sexual para toda a população, como exposto no 5º artigo:

É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associações, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar (BRASIL, 1996, s.p.).

Com a falta de planejamento familiar, várias adolescentes acabam engravidando precocemente, mudando a trajetória de suas vidas, pois a maioria ainda não está preparada para tal responsabilidade, trazendo consequências emocionais e financeiras, sendo muitas obrigadas a interromper seus estudos e seu desenvolvimento pessoal e profissional (NASCIMENTO; XAVIER; DE SÁ, 2011). Arelada a essa ausência do Estado, soma-se a falta de informação, o uso inadequado de métodos anticoncepcionais e o desconhecimento sobre o seu próprio ciclo reprodutivo, uma realidade maior nas adolescentes em condições socioeconômicas mais baixas (VIEIRA *et al.*, 2006, PINTO *et al.*, 2020).

Outro fator que contribui para ocorrência deste fato é a existência do “pensamento mágico”, que leva a adolescente a imaginar que a gravidez não acontecerá consigo, somente com as outras. Além disso, a mídia reforça este pensamento, pois os casos mostrados por ela, quanto ao assunto, são resolvidos de forma mágica e sem nenhuma consequência grave (SOUZA; NÓBREGA; COUTINHO, 2012).

Quanto ao papel social da adolescente grávida, Desser (1993) defende que a sexualidade da mulher continua sendo estigmatizada, mesmo com conquistas de independência financeira e liberdade sexual, enquanto que a sexualidade do homem é estimulada, desejável e normalizada. Assim, enquanto é tido como natural o homem adolescente ter uma vida sexual ativa, a mulher adolescente ainda tem que se guardar para manter sua integridade, pois a esta cabe o papel de mãe e de esposa. A partir disso, pode-se questionar, até aonde vai a liberdade sexual que a mulher conquistou, pois a sociedade continua a impor os seus valores morais, sendo, assim, a gravidez

precoce é vista por grande parte da sociedade como uma situação amoral e inconsequente (NEIVERTH; ALVES, 2002).

Soma-se ao exposto que a situação econômica pode ser determinante para o acontecimento da maternidade precoce, pois é nas classes menos favorecidas que se encontra um elevado número de adolescentes grávidas. Isso se deve principalmente ao desamparo presente nessa população, onde o índice é alto e a falta de informação e acesso aos métodos contraceptivos são difíceis. Dessa forma, é relevante compreender que a situação econômica está entre as variáveis de condições de sobrevivência dessas classes, enquanto a falta de informações não as trazem reformulações de vida, levando-as a pensar no seu futuro (FERREIRA, 2009; RODRIGUES; SILVA; GOMES, 2019).

Ainda segundo Ferreira (2009) a maternidade na adolescência é resultado de um conjunto de fatores, que não se pode associar a uma única classe social, mas mesmo que seja uma questão presente em todas as classes, influenciada e provocada por diversos fatores, a sua incidência e as consequências nas classes mais desfavorecidas, são enormes.

Em concordância com as informações, o conjunto desses fatores ainda é uma grande realidade em nossa sociedade, pois a adolescente grávida enfrenta diversos conflitos, atrelados ao fato dessas situações serem consequências das transformações estruturais e emocionais de uma nova etapa. As dificuldades enfrentadas somam-se às transformações biológicas e sociais da própria adolescência e às consequências socioeconômicas, com pouca autonomia financeira para o cuidado com o novo membro (PINHEIRO; PEREIRA; FREITAS, 2019).

De acordo com Squizzato e Herculano (2013) o significado da gravidez varia muito de acordo com o contexto social em que a adolescente está inserida. Nas classes socioeconômicas mais baixas, observa-se que o desejo de ter filhos aparece mais precocemente, assim como há uma valorização maior da gravidez (PERES *et al.*, 2020). Já uma família da classe média, por sua vez, prioriza a atividade intelectual (DADOORIAN, 2003). As perspectivas restritas de estudos e de carreiras promissoras no mercado de trabalho, fazem com que essas adolescentes encontrem na gravidez e no papel social de ser mãe, um objetivo para suas vidas (SANTOS, 2010).

Muita das vezes a valorização da gravidez precoce pode estar acompanhada por alguns fatores, que levam a ter uma percepção de algo positivo, como a conquista de um sonho, ou até mesmo deixando a fase de adolescência e iniciando a fase adulta. De acordo com Cerqueira-Santos (2010) são as expectativas sociais depositadas sobre os adolescentes e jovens, que influem no desapontamento da sociedade com a gravidez na adolescência, além disso, os direitos sociais não são igualmente garantidos para os adolescentes de diferentes classes.

Identificação da importância dos profissionais e dos gestores públicos frente à essa questão

Salienta-se a carência de políticas públicas que estimulem a promoção de estilos de vida saudáveis, promovendo a prevenção e orientação dos adolescentes, por parte das famílias, das escolas e em outros espaços de convivência social, que abordem temas sobre sexualidade. O impactante e enfático estímulo sexual através da mídia, vem a ser sempre uma questão levantada para explicar o aumento e a precocidade da atividade sexual nessa fase (TERRERO, 2016).

Para que se obtenha um bom resultado, o primeiro passo a ser realizado é o reconhecimento da existência do problema e a incorporação da agenda social, visto o direito das adolescentes como cidadãs e que não podem ser alvo de discriminação pela sua condição, devendo receber total apoio do Estado, significando um ponto de partida para mudança cultural e redução do preconceito, da discriminação e da vulnerabilidade dessas adolescentes (PERES *et al.*, 2020).

Segundo Merceron (2016) aliada à necessidade de uma maior disponibilização de métodos contraceptivos e de serviços especializados, para atendimento ao adolescente de forma integral, é necessária a instituição de políticas públicas voltadas para os pais ou cuidadores, focando na melhoria do relacionamento da família, ampliando, assim, o acesso à educação, ao lazer, a cultura e ao esporte. Ou seja, as mudanças nas práticas educativas devem ocorrer em conjunto com transformações sociais e familiares, com foco na prevenção à gravidez na adolescência e, conseqüente, redução da incidência e mortes relacionadas.

Assim, fica evidenciado que a falta de acesso à informações e programas de saúde relativos à vida sexual e reprodutiva, principalmente aqueles destinados a adolescentes, são fatores de riscos determinantes para a saúde das adolescentes (FERREIRA, 2015). Soma-se ao exposto, que as ações de apoio e assistência trazem resultados diretos para as adolescentes e seus filhos, visto que a oferta de apoio psicológico minimiza problemas de relacionamentos, evitando assim a desintegração social e familiar, promovendo o resgate da autoestima da jovem (FERRON, 2006).

Na esfera que trata da prevenção da gravidez na adolescência, destacam-se alguns tópicos de possível atuação da gestão pública, como em investimentos, campanhas de alerta e esclarecimento, que ofereçam informações aos jovens e incentivos ao uso do preservativo, uma importante ferramenta na prevenção de IST e gravidez indesejada. Como estratégias de execução da política, há um crescimento na qualidade dos serviços ofertados, como também nos programas voltados para adolescentes, com maior compreensão das particularidades de cada indivíduo e dos diversos grupos.

À respeito da garantia dos direitos da criança e do adolescente, após a criação do ECA, é notória a preocupação em criar políticas públicas voltadas a este público, uma vez que ele é considerado um marco legal à esses direitos. Vale salientar que, com a promulgação da Constituição

de 1988 a participação social foi ampliada e estimulada, empoderando o cidadão quanto aos seus direitos e efetivação das políticas. Apesar do foco da discussão no público feminino, essa problemática também envolve os homens, devendo estes serem incluídos nas políticas de prevenção e de educação (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Ademais às esferas sociais e políticas já discutidas, segundo Aguiar (2018), o papel que as instituições religiosas desempenham também é uma importante ferramenta, mas suas orientações esbarram nos dogmas impostos, principalmente sobre o uso de preservativos ou outros métodos de contracepção, tornando-se um dilema para as adolescentes, pois o corpo impulsiona o desejo sexual, os meios de comunicação incentivam, os grupos sociais instigam e os fatores socioeconômicos e as religiões pressionam, forçando elas a decidir entre a castidade e a iniciação sexual precoce. Assim, ressalta-se, mais uma vez, a importância e necessidade da fundamentação e estruturação adequada das políticas públicas voltadas para a prevenção da gravidez na adolescência.

CONSIDERAÇÕES

Este trabalho consistiu em apontar as principais causas de gravidez precoce e suas implicações, uma temática relevante para a sociedade e para as famílias, sendo possível evidenciar a necessidade de melhoria nos serviços ofertados a este público, visto que ainda falta muito a ser feito para efetivação e a concretização dos direitos sociais dos adolescentes, principalmente no que cerne à gravidez na adolescência. Como principais entraves foram observados, a falta de informação sobre os métodos contraceptivos e a utilização de forma inadequada destes, sendo que essa falta de informação é bem maior em adolescentes provenientes de famílias pobres.

É relevante ressaltar que a família tem um papel fundamental na efetivação dos direitos e na socialização dos usuários, não esquecendo que o Estado e a sociedade fazem parte do cumprimento de deveres relacionados às crianças e aos adolescentes. Percebe-se que a educação sexual deve estar presente bem antes do período da adolescência, realizando um preparo para vivenciar sua sexualidade de forma segura. Concluiu-se que a prevenção da gravidez precoce e a educação sexual qualificada, são resultantes de um trabalho em conjunto, ou seja, entre famílias, ambiente escolar e a sociedade civil, concretizando as informações sobre tais questões.

Assim, a efetivação desses direitos precisa da contribuição dos profissionais de saúde, que precisam ter uma visão focada na formulação e execução de políticas públicas, garantindo assim um atendimento de qualidade aos usuários, principalmente para as adolescentes que enfrentam uma gravidez precoce. Diante disto, a presente pesquisa de caráter bibliográfico possibilitou alcançar os objetivos, pois foi identificado que ainda faz-se necessário o direcionamento para a prevenção e

educação sexual, demandando investimentos públicos em projetos e programas na atenção básica ou na educação, com capacidade de mudanças neste contexto atual, discutindo sua situação social, familiar e as expectativas para seu futuro.

Existindo ainda desigualdade social, seguida de exclusão social, faz-se necessário potencializar as ações de políticas públicas em relação ao atendimento às famílias, para que se conquiste o acesso a uma boa educação, saúde e moradia de qualidade, minimizando a vulnerabilidade social.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, D. C. C. **Intervenção educativa para a prevenção e diminuição da gravidez na adolescência**. 2018 Monografia (Saúde da Família) – Universidade de Ciências da Saúde de Manaus, Amazonas, 2018. 44 f.

ALMEIDA, J. M. R. **Adolescência e Maternidade**. 2º Ed, Lisboa: Fundação Caloust e Gulbenkian, 2003.

BOCK, A. M. B. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 11, n. 1, p. 63-76, 2007.

BORGES, A. L. V.; NICHATA, L. Y. I.; SCHOR, N. Conversando sobre sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 422-427, maio/jun. 2006.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Ministério da Educação, Acessoria de Comunicação Social. Brasília: MEC, ACS, 1990.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica** [recurso eletrônico]. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de saúde: TABNET**. Nascidos Vivos. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 11 set. 2019.

CERQUEIRA-SANTOS, E. *et al.* Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 72-85, mar. 2010.

CORREA, T. L.; BARROS, N. B. R.; CARRETT, M. L. V. Sexualidade em adolescentes de uma escola pública do interior do Rio Grande do Sul. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 3, n. 2, p. 2797-2803, 2020.

DADOORIAN, D. Gravidez na adolescência: um novo olhar. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 84-91, mar. 2003.

DE CARVALHO, M. B.; MATSUMOTO, L. S. **Gravidez na adolescência e a evasão escolar**. 2008. 18 f. In: PARANÁ. Secretaria de Estado da Educação. Superintendência de Educação. O professor PDE e os desafios da escola pública paranaense, 2008. Curitiba: SEED/PR, v. 1, 2011.

DESSEN, M. A.; POLONIA, A. C. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 17, n. 36, p. 21-32, 2007.

DESSER, N. Á. **Adolescência: Sexualidade**. Rio de Janeiro: Ednub, 1993. 14 f.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 20, n. 45, p. 123-131, 2010.

FERREIRA, M. D. **Gravidez e a maternidade na adolescência: um estudo no Centro Educacional Caixa D'água-Sociedade Alfa Gente**. Monografia (Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina, 2009. 72 f.

FERREIRA, S. B. E. **Gestação na adolescência: um projeto de intervenção**. Monografia (Atenção Básica em Saúde da Família), Universidade Federal de Minas Gerais, 2015. 32 f.

FERRON, F. M. Atenção à gravidez na adolescência. **Fundação Perseu Abramo**, 2006.

FONSECA, M. T. N. M. Famílias e Políticas Públicas: subsídios para a Formulação e Gestão das Políticas com e para famílias. **Pesquisas e Práticas Psicossociais. São João Del-Rey**, v. 1, n. 2, p. 1-13, 2006.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. **Coleção leitura**, p. 21, 2005.

FURLANETTO, M. F. *et al.* Educação sexual em escolas brasileiras: revisão sistemática da literatura. **Cadernos de Pesquisa**, v. 48, n. 168, p. 550-571, 2018.

GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 357-363, 2005.

GONZAGA, A. D. **Gravidez na adolescência: reflexo da falta de orientação?: um debate acerca das informações prestadas**. Monografia (Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina, 2011. 110 f.

GUIMARÃES, N. M.; OLIVEIRA, E. R.; BOHLAND, A. K. Hospital admissions of adolescents in Sergipe, from 2002 to 2012. **Revista Paulista de Pediatria**, [S.L.], v. 38, p. 1-8, 2020.

HEILBORN, M. L. **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Editora Garamond, 2006.

LEVANDOWSKI, D. C.; PICCININI, C. A.; LOPES, R. C. S. Maternidade adolescente. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 25, n. 2, p. 251-263, jun. 2008.

MERCERON, F. M. K. **Estudo sobre a gravidez na adolescência na ESF-Santa Joana em Itamarandiba/MG**. Monografia (Atenção Básica em Saúde da Família), Universidade Federal de Minas Gerais, 2016, 36 f.

NASCIMENTO, M. G.; XAVIER, P. F.; DE SÁ, R. D. P. Adolescentes grávidas: a vivência no âmbito familiar e social. **Adolescência e Saúde**, v. 8, n. 4, p. 41-47, 2011.

NEIVERTH, I. S.; ALVES, G. B. Gravidez na adolescência e mudança do papel social da mulher. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 229-240, 2002.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Sexualidade, saúde reprodutiva e paternidade**. Brasília: OMS/OPAS, 2000.

PAGNUSSATTI, V. B. H. Os discursos da mídia, as novas tecnologias x sexualidade precoce. In: **Anais dos Workshops do Congresso Brasileiro de Informática na Educação**. 2012.

PALOSCHI, A. **Expressões de violência na vida de adolescentes**. Monografia (Gestão de Centros de Socialização), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2010.

PARANÁ. **Sexualidade**. Secretaria de Estado da Educação. Superintendência de Educação. Departamento da Diversidade. Núcleo de Gênero e Diversidade Sexual. – Curitiba : SEED – Pr., 2009. 216 p.

PEREIRA, J. B. *et al.* Assistência de enfermagem na consulta ao adolescente na unidade de saúde da família. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, Curitiba, v. 7, n.1, p.1906-1917, jan. 2021.

PEREIRA, J. L. **Aspectos históricos da gestação em adolescentes**. In: MONTEIRO, Denise Leite Maia; TRAJANO, Alexandre; BASTOS, Álvaro da Cunha. Gravidez e adolescência. Ed. Revinter: Rio de Janeiro, 2009.

PERES, E. *et al.* Gravidez na adolescência no contexto social. **Revista Panorâmica**, v. 31, p. 163-173, set/dez 2020.

PINHEIRO, Y. T.; PEREIRA, N. H.; FREITAS, G. D. M. Fatores associados à gravidez em adolescentes de um município do nordeste do Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 4, p. 363-367, dez. 2019.

PINTO, M. L. M. *et al.* Gestação na adolescência: padrões alimentares e correlação com seu perfil socioeconômico. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 9, n. 7, p. 1-21, mai. 2020.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em estudo**, v. 12, n. 2, p. 247-256, 2007.

PRIORI, L. **Gravidez na Adolescência: um estudo com as mães usuárias do centro comunitário e social Dorcas do município de Toledo – PR**. Monografia (Serviço Social) Centro de Ciências Aplicadas, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2008.

RIBEIRO, C. P. S. *et al.* Percepção de adolescentes escolares sobre transformações corporais, gravidez e caderneta de saúde do adolescente. **Revista Cubana de Enfermeria**, Havana, v. 32, n. 1, p. 27-36, 2016.

ROCHA, C. A. **Gravidez na adolescência e evasão escolar**. Monografia (Pedagogia) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro - Rio Claro, 2009. 101 f.

RODRIGUES, L. S.; SILVA, M. V. O.; GOMES, M. A. V. Gravidez na Adolescência: suas implicações na adolescência, na família e na escola. **Revista Educação e Emancipação**, [S.L.], v. 12, n. 2, p. 228-252, 2019.

RODRIGUES, L. S.; SILVA, M. V. O.; GOMES, M. A. V. Gravidez na Adolescência: suas implicações na adolescência, na família e na escola. **Revista Educação e Emancipação**, [S.L.], v. 12, n. 2, p. 228-252, 31 maio 2019.

ROEHRS, H.; MAFTUM, M. A.; ZAGONEL, I. P. S. Adolescência na percepção de professores do ensino fundamental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 421-428, 2010.

SANTOS, R. A. B. **Gravidez na Adolescência: Aspectos Sociais e Psicológicos**. Monografia (Atenção Básica em Saúde da Família), Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. 27 f.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde- CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006. 328p.

SAVEGNAGO, S. D. O.; ARPINI, D. M. Conversando sobre sexualidade na família: olhares de meninas de grupos populares. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 43, n. 150, p. 924-947, 2013.

SCHOEN-FERREIRA, Teresa Helena; AZNAR-FARIAS, Maria; DE MATTOS SILVARES, Edwiges Ferreira. Adolescência através dos séculos. **Psicologia: teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 227-234, 2010.

SOUSA, C. R. O. *et al.* Fatores preditores da evasão escolar entre adolescentes com experiência de gravidez. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 2, p. 160-169, jun. 2018.

SOUZA, A. X. A.; NÓBREGA, S. M.; COUTINHO, M. P. L. Representações sociais de adolescentes grávidas sobre a gravidez na adolescência. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 3, p. 588-596, 2012.

SQUIZATTO, E. P. S.; HERCULANO, L. R. F. Gravidez na adolescência e o serviço social. **Revista saber acadêmico**, n. 16, p. 13-22, 2013.

TABORDA, J. A. *et al.* Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 16-24, 2014.

TERRERO, A. R. **Estratégia de intervenção educativa para prevenir a gravidez em adolescentes de curral velho, município Rosário Maranhão**. Monografia (Atenção Básica em Saúde) , Universidade Federal do Maranhão, 2016. 14 f.

VIEIRA, L. M. *et al* Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 6, n. 1, p. 135-140, 2006 .

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global health estimates** 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015. Geneva: WHO, 2016.

CAPÍTULO 2

AUTOMEDICAÇÃO ENTRE UNIVERSITÁRIAS COM VULVOVAGINITES EM UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA DE ENSINO SUPERIOR DE IMPERATRIZ/MA

*Thais Teixeira da Silva
Euzamar de Araujo Silva Santana
Ruhena Kelber Abrão*

INTRODUÇÃO

As infecções do trato reprodutivo feminino compõem importantes elementos clínicos, devido à frequência com que se manifestam, assim como a sintomatologia incômoda e suas repercussões no psicológico e sexualidade da mulher, além de atuarem como facilitadoras na aquisição do Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV e demais agentes de transmissão sexual (LINHARES *et al.*, 2018).

Os sintomas vaginais, principalmente o corrimento e prurido vaginal, são queixas frequentes nos serviços de ginecologia, ocasionados por distúrbios na microbiota vaginal, os quais podem estar associados a processos inflamatórios (vaginites) ou sem a presença de sinais de inflamação (vaginose), advindos das ações de fungos, bactérias ou aumento exacerbado de lactobacilos (MUNIZ *et al.*, 2018; LINHARES *et al.*, 2018).

As vulvovaginites são definidas como patologias que evoluem a partir da alteração do equilíbrio da flora vaginal, proporcionando o aumento de microrganismos residentes ou a entrada de outro patógeno, causando os sintomas manifestados pela paciente. Os tipos de vulvovaginites que mais se destacam são a candidíase, tricomoníase e vaginose bacteriana (PEREIRA, 2018).

Atualmente, há uma variedade de informações disponíveis para a população, em particular a internet, que proporciona um conhecimento aprofundado da fisiologia e patologias genitais que afetam a mulher. Esses conteúdos encontram-se constantemente orientados acerca da promoção e consumo de serviços, os quais em associação com a crescente venda livre de medicamentos estimulam a automedicação, trazendo consigo vantagens e desvantagens inconvenientes (OLIVEIRA, 2011).

O conhecimento e a experiência são essenciais para distinguir problemas de saúde, bem como julgar a gravidade e selecionar a melhor terapêutica, de acordo com a necessidade de cada indivíduo, tornando assim evidente a importância da orientação e acompanhamento profissional (RODRIGUES *et al.*, 2016). A partir disso, este estudo teve como objetivos, investigar a prática da automedicação entre mulheres com vulvovaginites, avaliar o nível de conhecimento sobre vulvovaginites e vaginose, identificar o perfil socioeconômico e sexual das universitárias, verificar a prática da

automedicação para tratamento de vulvovaginites por universitárias, relacionar os fatores que desencadeiam a automedicação em acadêmicas com vulvovaginites e investigar o nível de conhecimento dessas mulheres acerca dos riscos da automedicação.

REFERENCIAL TEÓRICO

Vulvovaginites

As vulvovaginites encontram-se entre os problemas de saúde pública que mais atingem as mulheres, podendo ser justificadas pela facilidade na transmissão, bem como os prejuízos causados à saúde da mulher (PEREIRA *et al.*, 2018). Dentre as manifestações clínicas comumente evidenciadas inclui-se, o prurido vulvovaginal, corrimento vaginal com ou sem a presença de odor, associado a alterações no aspecto e quantidade, exacerbação do odor após as relações sexuais, dor ou queimação ao urinar, irritação vulvar e sensação de desconforto pélvico, entretanto, algumas das vezes podem ser completamente assintomáticas (BETAT; BATISTA; HEIL, 2018).

A vulvovaginite e a vaginose são as causas mais comuns de corrimento vaginal patológico, responsáveis por inúmeras consultas. São afecções do epitélio estratificado da vulva e/ou vagina, cujos agentes etiológicos mais frequentes são fungos, principalmente a *Cândida Albicans*; bactérias anaeróbicas, em especial a *Gardnerella Vaginalis*; e o protozoário *Trichomonas Vaginalis* (BRASIL, 2020).

Um aspecto importante a ser destacado refere-se às consequências das vulvovaginites não tratadas, sendo elas: aumentos das chances de contrair Infecção Sexualmente Transmissível – IST, infertilidade e doença inflamatória pélvica. Em gestantes, pode causar a ruptura prematura de membranas, corioamnionite, trabalho de parto prematuro, baixo peso ao nascer, endometrite, dentre outras afecções (MEDEIROS, 2016).

A vulvovaginite é determinada especialmente pelo diagnóstico clínico. No entanto, é essencial a investigação por meio do histórico e exame físico, para um diagnóstico mais exato. As Diretrizes do Tratamento de IST do ano de 2015, recomendavam que a investigação focasse no ciclo menstrual da mulher, vida sexual (não esquecendo dos parceiros sexuais e práticas específicas), hábitos de higiene vaginal e outras condições associadas (KINNEY; SPACH, 2017).

Kinney e Spach (2017) reforçam ainda que, a avaliação da vulvovaginite exige uma inspeção visual da secreção da vagina, do canal vaginal e do colo uterino, assim como a coleta e avaliação da mesma em microscópio. O colo uterino deve ser visualizado, para que seja descartada a cervicite

como causa do corrimento vaginal anormal. As principais características a serem observadas durante a inspeção são a cor, viscosidade, odor e aderência as paredes vaginais.

A farmacoterapia preconizadas para candidíase vulvovaginal de primeira escolha são o Miconazol creme a 2%, durante 7 dias ou Nistatina 100.000 UI, durante 14 dias (ambos os medicamentos são via vaginal e devem ser usados à noite, ao deitar-se) ou o Fluconazol 150mg via oral, dose única ou Intraconazol 100mg via oral, duas vezes ao dia por 1 dia. Para vaginose bacteriana, o tratamento de primeira escolha consiste em Metronidazol 250mg via oral duas vezes ao dia, durante 7 dias ou Metronidazol gel vaginal 100mg/g à noite, ao deitar-se, por 5 dias. Como segunda opção pode ser utilizada Clindamicina 300mg via oral, duas vezes ao dia, por 7 dias (BRASIL, 2020).

Em muitos casos, há certa dificuldade em tratar os episódios de vulvovaginites e vaginoses, bem como preveni-las, em decorrência do déficit no conhecimento acerca da patologia e várias outras condições associadas. É comum que as pacientes cheguem ao consultório com uma lista de medicamentos já utilizados, incluindo automedicações, dificultando o processo terapêutico e diagnóstico (ACOSTA, 2015).

Automedicação e fatores associados

A automedicação é um procedimento caracterizado pela iniciativa de um enfermo ou de seu responsável em obter um fármaco, a fim de produzir efeitos benéficos no tratamento de doenças ou no alívio de sintomas. Muitas vezes, essa indicação pode ocorrer por pessoas leigas como amigos, parentes, vizinhos, veículos de comunicação e balconistas de farmácia (ARRAIS *et al.*, 2016).

A automedicação engloba vários métodos pelos quais o indivíduo/responsável opta, sem sequer passar por avaliação médica, o medicamento e sua forma de utilização para cura, o compartilhamento de remédios com os demais membros da família ou pessoas do círculo social, fazendo o uso de sobra de prescrições ou infringindo à prescrição profissional, perdurando ou cessando precocemente a dosagem e o tempo de tratamento indicado na receita (MORAES; ARAÚJO; BRAGA, 2016).

Pode ser classificada de três distintas formas: cultural, quando o uso do medicamento se dá a partir de conhecimentos adquiridos durante algum tempo e que é transferido por meio de gerações; orientada, quando os indivíduos possuem informações prévias sobre os medicamentos que tem intenção de consumir; ou induzida, quando seu uso se dá por meio de influências publicitárias comerciais (IURAS *et al.*, 2016).

Essa prática pode gerar efeitos inesperados, causando danos desastrosos à saúde e gastos relativamente altos ao adquirir esses produtos desnecessários. Fazer o uso de medicações sem orientação profissional, algumas vezes pode não surtir efeito, mas é capaz de agravar doenças, mascarar sinais e sintomas, retardando o diagnóstico e o tratamento, além de ocasionar grandes prejuízos ao organismo atingindo órgão saudáveis (ANVISA, 2008).

A automedicação carrega consigo uma série de riscos potenciais. O consumidor, geralmente, não possui conhecimento aprofundado acerca dos princípios de farmacologia ou terapia, ou mesmo das características próprias do medicamento em uso, levando muitas vezes a um autodiagnóstico equivocado. A escolha errada da terapia, a inaptidão em identificar os riscos farmacológicos especiais, geram sérios efeitos adversos associados à incapacidade de discernir a dose excessiva ou incorreta, uso prolongado, risco de dependência medicamentosa e interações, também são riscos eventuais que devem ser considerados (CASTRO *et al.*, 2016).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (2006) chama atenção para as campanhas publicitárias divulgadas nos diversos meios de comunicação. Já que uma quantidade considerável de medicamentos é vendida sem prescrição, comprar por conta própria, na farmácia mais próxima, torna-se a primeira opção da maior parte da população de brasileiros, para tratar sintomas comuns à maioria das doenças.

Sotério e Santos (2016) elencam que os medicamentos isentos de prescrição, bem como os de uso contínuo com venda sob prescrição médica, mas sem retenção de receita, são as medicações mais utilizadas como forma de automedicação. Essa facilidade de acesso no momento da compra faz com que muitos indivíduos não procurem o sistema de saúde para uma consulta médica e diagnóstico confiável de alguma patologia ou orientação e prescrição acerca do uso adequado do medicamento. Fatores como dificuldade no acesso ao serviço de saúde e livre acesso a informações na internet, configuram a automedicação como um meio mais ágil de curar ou amenizar alguma dor ou doença.

Automedicação em sintomas vulvovaginais

As vulvovaginites por serem umas das queixas ginecológicas mais comuns em mulheres que estão em idade reprodutiva, possuem como um dos principais fatores de risco a prática sexual insegura (TABILE *et al.*, 2016). Nesse contexto, o ingresso na universidade é visto como um fator estimulador para comportamentos sexuais de risco, visto que essas jovens estão na fase de iniciação sexual, possuem uma variedade de parceiros, bem como a atividade sexual desprotegida, além de considerarem-se suficientemente informadas acerca dos riscos, acarretando em menor preocupação

no que se refere a aquisição de IST, favorecendo o desenvolvimento de vulvovaginites (SARMENTO *et al.*, 2018).

O autodiagnóstico e automedicação são frequentes nesses casos, em virtude da falta de tempo alegada pelos estudantes, assim como a dificuldade ou demora no acesso ao serviço de saúde ou pela falta de recursos que o levam a uma consulta profissional, dentre vários outros motivos que justificam essas práticas, evidenciados no estudo realizado por Santos *et al.*, (2018).

O papel do enfermeiro na prevenção da automedicação

A enfermagem atua como porta de entrada para o cuidado, concentrando-se principalmente no acolhimento e escuta qualificada dessas mulheres que, em sua grande maioria, se sentem constrangidas para falar com o médico sobre tais assuntos. A consulta de enfermagem junto à abordagem clínica detalhada, com foco nos sinais e sintomas e antecedentes clínicos/ginecológicos, é de fundamental importância não só para a definição da melhor conduta terapêutica, mas também auxilia no direcionamento de orientações efetivas, que auxiliarão na redução de riscos e complicações futuras (BETAT; BATISTA; HEIL, 2018).

Para Brasil *et al.* (2016) o enfermeiro exerce um valoroso papel frente ao controle de IST, uma vez que o mesmo costuma estar enquadrado na primeira escuta ao usuário, atuando também por intermédio de educação em saúde, destacando questões sexuais e reprodutivas das mulheres. Em sua grande maioria, as IST são detectadas por meio da coleta do material citopatológico, realizado pelo enfermeiro, que ao ter o diagnóstico confirmado, deverá dar seguimento à terapêutica adequada (BRASIL *et al.*, 2016).

O enfermeiro ao representar um veículo importante de comunicação com o paciente, destacando-se principalmente como educador permanente em saúde, tem o dever de esclarecer possíveis dúvidas, especialmente no que se relaciona ao tratamento adotado, elencar os riscos, bem como mediar a conscientização acerca da automedicação e o uso racional de medicamentos, resultando na redução dos índices dessa prática. Ao detectar as fragilidades e os riscos existentes que predispõem à essa prática, o enfermeiro estará prestando o cuidado holístico e organizado, contribuindo para a solução do problema (DE MELO *et al.*, 2019; PAIM *et al.*, 2016).

Além disso, a educação sexual na infância é primordial para o desenvolvimento de adolescentes e adultos saudáveis e menos aflitos sobre as questões corporais, bem como a prevenção de abuso sexual. Ademais, essas crianças passam a reduzir atitudes discriminatórias, violentas e a necessidade de corresponder padrões exigidos. A educação sexual efetiva e respeitosa durante a infância contribui para que os adolescentes enfrentem os desafios e conflitos dessa fase da forma

mais adequada, com seus corpos e dúvidas, além de promover autonomia futuramente, tornando-os aptos a realizar educação sexual (MAIA, 2014).

Os profissionais da saúde que exercem um importante papel de educador, tem o dever de realizar atividades de educação em saúde que comportem essas questões, uma vez que essas mesmas crianças que serão educadas, no futuro, serão capazes de identificar e praticar hábitos sexuais mais saudáveis.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, de caráter descritivo e explicativo, realizado em uma instituição de ensino superior privada, na cidade de Imperatriz/MA. A população da pesquisa foi constituída por 19 participantes, que estavam regularmente matriculadas nos cursos de Enfermagem na referida instituição.

A seleção ocorreu de forma voluntária, seguindo os critérios estabelecidos. Foram incluídas na amostra, mulheres, maiores de 18 anos, que estavam regularmente matriculadas na instituição e que concordaram em participar da pesquisa. Foram excluídas do estudo mulheres diagnosticadas com outras patologias relacionadas, que pudessem interferir nos resultados, como câncer, infecções pelo Papilomavírus Humano (HPV) dentre outras doenças que pudessem deprimir o sistema imunológico.

A coleta de dados foi realizada no mês de novembro de 2020, por meio de um questionário semiestruturado que se dividiu em duas partes: a primeira continha questões que investigavam o perfil socioeconômico das participantes associando idade, estado civil, renda mensal, curso e maternidade; a segunda parte caracterizou o conhecimento das acadêmicas sobre vulvovaginites, atividade sexual, uso de métodos contraceptivos, automedicação e fatores associados, bem como a percepção das mesmas sobre essa prática.

A abordagem ocorreu por meio dos grupos de *WhatsApp* das turmas dos cursos de Enfermagem da instituição, para qual foram enviados o link para responder ao questionário. As participantes foram instruídas sobre os objetivos do estudo, bem como a sua importância e orientadas a preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de responder o questionário, assim como o preenchimento correto do mesmo.

Os aspectos éticos foram respeitados e o estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Imperatriz – FACIMP WYDEN, por meio do parecer referente ao processo 23/2020, de acordo com a resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Colaboraram com o estudo 19 participantes, todas do sexo feminino, com idade entre 18 e 40 anos, predominando a faixa etária de 18 a 29 anos (73,7%), com parceiro fixo (42,1%) e aquelas que não possuem filhos (62,3%). Quanto à renda mensal, a maioria afirmou não ter plano de saúde (89,5%).

Ao serem questionadas sobre atividade sexual, 82,2% afirmaram que já possuem vida sexual ativa, no qual 18, 8% iniciaram aos 16 anos, 12,5% iniciaram aos 17 anos e 12,5% iniciaram aos 20 anos

Quadro 1 – perfil sociodemográfico.

	N	%
Faixa etária		
Entre 18 e 19 anos	14	73,7%
Entre 30 e 40 anos	4	21,1%
Acima de 40 anos	1	5,3%
Situação conjugal		
Solteira	5	26,3%
Casada	5	26,3%
Divorciada	0	0
Viúva	1	5,3%
Com parceiro fixo	8	42,1%
Possui filhos		
Sim	7	36,8%
Não	12	63,2%
Renda mensal da sua família		
Até R\$ 1.045,00	6	31,6%
De R\$ 1.045,00 a R\$ 2.090,00	6	31,6%
De R\$ 2.090 a R\$ 3.135,00	4	21,1%
De R\$ 3.135,00 a R\$4.180,00	2	10,5%
Acima de R\$ 4.180,00	1	5,3%
Possui plano de saúde?		
Sim	2	10,5%
Não	17	89,5%

Fonte: os autores

Dos 26,3% das mulheres que afirmaram ser solteiras, apenas duas ainda não iniciaram a vida sexual. As demais participantes tiveram episódios de vulvovaginites pelo menos uma vez. Dentre as mulheres solteiras, apenas uma faz uso de preservativo durante as relações sexuais. As 26,3% que afirmaram ser casadas, somente três fazem uso de preservativos durante as relações sexuais e duas afirmaram ter episódio de vulvovaginites de uma a duas vezes.

O senso comum é de que as mulheres que tem mais parceiros ou iniciaram a vida sexual mais precocemente tenham mais episódios de vulvovaginites, porém, os dados do presente estudo contrapõem esse entendimento no sentido de que as mulheres que afirmaram ter parceiro fixo, apresentaram mais episódios de vulvovaginites que variam de duas a cinco vezes, do que as mulheres solteiras. Entretanto duas dessas mulheres solteiras, informaram que já tiveram acima de três episódios de vulvovaginites, podendo assim supor que a taxa de acometimento por essas condições é quase a mesma entre mulheres com parceiros fixos e mulheres solteiras.

Quando questionadas se receberam orientações sobre a prática sexual segura, 63,2% relataram que sim e 36,8% disseram que não. Mesmo aquelas que receberam orientação, mantém a atividade sexual de forma desprotegida, favorecendo a contaminação por IST.

Dos 31,6% das mulheres que fazem o uso de métodos contraceptivos, todas elas referiram o uso da pílula anticoncepcional. Já 68,4% que não fazem o uso de métodos contraceptivos, 9 fazem o uso do preservativo como método de barreira.

Pereira *et al.* (2018) em seu estudo evidenciaram que as mulheres solteiras são as que mais apresentam corrimento vaginal e vulvovaginites, principalmente as mais jovens, na faixa etária de 16 a 35 anos. Por outro lado, as mulheres em idades superiores, geralmente casadas, usam menos métodos contraceptivos, no entanto, realizam mais o exame preventivo. Leite *et al.* (2010) afirmam ainda que um fator predisponente para aquisição de vaginose bacteriana, é o fato delas serem solteiras, em decorrência da maior probabilidade de troca de parceiros.

Pereira *et al.* (2018) elencam ainda que mais da metade das mulheres solteiras não fazem o uso de métodos contraceptivos, abrindo ênfase para o não uso do método de barreira, cujo o principal objetivo é a prevenção das IST. Nota-se uma grande escassez no uso de preservativos pelas jovens que estão iniciando a atividade sexual, que pode advir, principalmente, de comportamentos autoritários por parte do parceiro contra o uso do preservativo, aumentando as chances de gravidez indesejada, bem como, a aquisição de doenças transmitidas via sexual.

Das duas participantes que relataram ter plano de saúde, uma realizou o autodiagnóstico e a automedicação, podendo assim supor que a dificuldade no acesso aos serviços de saúde nem sempre é um fator determinante para a prática. Estudos mostram que a prática da automedicação não é exclusiva apenas nas classes mais baixas. Nas classes mais elevadas, pessoas que possuem maior

nível de escolaridade estão altamente associadas à automedicação. O consumo maior de medicamentos ocorre principalmente em pessoas com maior nível de escolaridade, bem como, maior poder aquisitivo, conseqüentemente se sentem mais informadas e mais confiantes para se automedicar (SOUZA *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2012).

Em relação à idade, Domingues *et al.* (2015) afirmam que cerca de um terço da população adulta, realizou a automedicação nos últimos 15 dias anteriores à pesquisa. Para Souza *et al.* (2018) os jovens, em especial, requerem mais atenção quanto à prática da automedicação, uma vez que há uma maior prevalência entre esse grupo etário, justificada pela situação social em que estão sujeitos.

No que tange ao estado civil, não foi possível encontrar estudos que estivessem de acordo com os dados obtidos nessa pesquisa, que possibilitassem comparações.

Alterações vulvovaginais e automedicação

É evidente que as doenças ginecológicas ainda são estigmatizadas nos dias atuais, sendo ligadas a doenças advindas da promiscuidade. Nesse sentido, o atendimento de forma integral à saúde da mulher é indispensável, a fim de estimular o autocuidado e evidenciar os estigmas atuais, extraindo a responsabilidade do cuidado unicamente dos profissionais.

Quando indagadas sobre o conhecimento a respeito dos fatores de riscos para as vulvovaginites, 78% entenderam que estar associada à baixa resistência imunológica, 84,2% assimilaram à higienização íntima deficiente, 78,9% compreenderam estar relacionada à múltiplos parceiros, 84,2% associaram à relações sexuais desprotegidas, 57,9% disseram estar relacionada ao uso irracional de medicamentos, 57,9% apontaram o uso de sabonetes íntimos ou duchas vaginais, 36,8% relataram estar relacionada à ficar sentada por tempo prolongado e 68,4% acham que pode estar associada ao uso de roupas justas.

Leite *et al.* (2010) apontam os fatores que predispõem as mulheres a adquirirem essas condições, dentre eles destacam-se a higiene íntima deficiente; relações sexuais desprotegidas; condições hormonais; uso de agentes irritativos como perfumes, tecido e sabões na região íntima; condições que levam a alteração vaginal como duchas, menstruação, gestação, antibióticos e estresse; além dos agentes infecciosos já discutidos.

Na busca pela assistência, é muito comum em suas narrativas queixas de corrimento vaginal, sendo este, considerado toda perda líquida e semilíquida pela vagina, que não seja sangue, advindas de exageradas secreções fisiológicas ou presença de processo inflamatório (SALIMENA *et al.*, 2012).

Quando questionadas sobre o conhecimento acerca das vulvovaginites 94,7% afirmaram que

tem conhecimento sobre essas doenças e 67,7% dessas mulheres relataram que já tiveram algum episódio na vida. Sobre a ocorrência desses episódios, 30,8% disseram que tiveram apenas uma vez, 38,5% apresentaram duas vezes e outras 23,1% observaram de 3 a 5 episódios. Sobre os sintomas mais evidenciados por elas, destacam-se “dor durante as relações sexuais”, “ardência ao urinar”, “secreção” e “coceira”.

A presença desses sintomas vaginais associados à vergonha e à urgência de minimizar os sintomas podem ser fatores fortemente influenciadores para a prática da automedicação entre essas mulheres. Segundo Silva (2014) as manifestações inflamatórias comumente ocasionadas pelos agentes microbiológicos que fazem parte da flora bacteriana da vulva e vagina, geralmente, manifestam odor desagradável, irritação ou ardência vaginal ou vulvar, dor ou ardência ao urinar, além de desconforto durante as relações sexuais, reconhecendo-os como os principais sintomas do quadro clínico das vulvovaginites.

Motivos que levam a automedicação

As mulheres que praticam a automedicação compõem 26,3% da amostra, sendo os principais motivos por elas abordados a falta de tempo e dificuldade de acesso ao serviço. Um estudo realizado por Arrais (2016) constatou que a automedicação é mais prevalente na população do sexo feminino, na faixa etária de 20-39 anos de idade. O que para Silva *et al.* (2013) pode ser justificada pelo maior direcionamento de cuidados à saúde da mulher do que os homens, podendo assim, favorecer a prática entre esse gênero. Para mais, a elevada medicalização entre as mulheres em todas as fases da vida, em decorrência de inúmeros problemas de saúde, bem como, pelo grandioso número de campanhas educativas e publicitárias, além dos papéis sociais a elas atribuídos, destacando-se o de promover a saúde da família.

Ao serem questionadas sobre os motivos que as levaram a se automedicar, destacou-se a falta de tempo (23,1%), a dificuldade no acesso aos serviços de saúde (23,1%) e vergonha (15,4%). Os resultados corroboram com os resultados de Arrais (2016) os quais evidenciaram que as pessoas recorrem a automedicação como uma alternativa para alívio dos sintomas, já que, há uma demora no atendimento médico em associação a baixa qualidade na assistência prestada a saúde.

É notória a sobrecarga e responsabilidade na vida acadêmica, o que exige desses indivíduos maior tempo e dedicação para com os estudos, a partir disso, os cuidados com a saúde vão se tornando cada vez menores, ficando assim em segundo plano. A falta de tempo e dificuldade no acesso à saúde também são evidenciados no estudo realizado por Silva, Goulart e Lazarini (2014) que elencam as atividades acadêmicas em tempo integral, como a principal responsável pela falta de

tempo para ir a uma consulta médica. Assim como o acesso à saúde, dificultado pela elevada demanda e o reduzido número de profissionais de saúde disponíveis para atendimento, colaborando com a prática da automedicação.

Pereira Júnior, Telles Filho e Azevedo (2013) acrescentam ainda que outros fatores como a limitação do poder prescritivo, a facilidade no acesso ao medicamento, recomendação de balconistas de farmácias ou de conhecidos e repetição de sintomas anteriores, também estão entre os fatores desencadeadores da autoadministração. É evidente que a oferta dos serviços prestados pelo SUS não são suficientes para satisfazer a demanda da população em geral, uma vez que não oferece acesso de forma integral.

No que se refere ao medo ou vergonha, Silva *et al.* (2016) evidenciam que as mulheres enxergam a relação profissional-paciente hierarquizada, na qual o profissional é o “ser detentor do saber”, não deixando espaço para o esclarecimento de dúvidas, medos e ansios que podem estar ligados direto ou indiretamente ao motivo da consulta, devendo aceitar todas as recomendações dadas por este, tornando o ambiente desfavorável e desconfortável. Além disso, a ausência de contato físico e visual, por parte dos profissionais, provoca a sensação de afastamento durante as consultas.

Percepção das mulheres sobre a automedicação

A prática da automedicação é potencialmente maléfica à saúde, uma vez que nenhum medicamento é inofensivo. O uso inadequado de medicamentos, que podem ser considerados simples pela população, pode gerar uma gama de alterações e patologias que dificultam o diagnóstico (DOMINGUES *et al.*, 2015).

Em alguns estudos como o de Souza *et al.* (2018) é evidente que a maioria das pessoas tem conhecimento dos riscos gerados pela a automedicação, ao salientar as consequências do uso de medicamentos sem orientação profissional. Fato observado e expresso pelas depoentes desta pesquisa, quando indagadas sobre a sua percepção acerca da automedicação em sintomas vulvovaginais, a exemplo das seguintes falas:

Na minha percepção a auto medicação pode favorecer o agravamento do quadro (Participante 7).

Forma errada de tratamento, podendo criar uma resistência ao medicamento (Participante 8).

Não é correto o indivíduo se automedicar, pois na maioria das vezes pode estar fazendo o uso do medicamento inadequado, na dose errada e no tempo errado sem saber corretamente o seu diagnóstico. Às vezes pode estar fazendo tratamento para candidíase e no caso a pessoa tem uma gonorreia ou algo do tipo (Participante 18).

Toda medicação de ser feita por orientação médica (Participante 17).

Mesmo que em algumas circunstâncias a automedicação seja praticada apenas para suprimir a deficiência na assistência dos serviços de saúde, é perceptível que esses hábitos, quando realizados de forma incorreta, podem ter como efeitos secundários iatrogenias e enfermidades, tornando-se um problema a ser resolvido, assim como expressado pela Participante 18 (PEREIRA JÚNIOR; TELLES FILHO; AZEVEDO, 2013). É o que afirma o estudo realizado por Cruz *et al.* (2019) que constatou que dentre os pesquisados, 30% afirmaram a ocorrência de efeitos colaterais, estes se deram em sua maioria através de mal estar, náuseas e vômitos corroborando com as opiniões a seguir:

A automedicação, em qualquer circunstância, é perigosa, visto que a maioria das pessoas não têm conhecimento acerca do tempo e frequência de uso das medicações, bem como contraindicações e interações que o medicamento pode ter (Participante 14).

A automedicação é perigosa, pois assim como pode ser a vulvovaginite pode também não ser, por isso é tão importante uma avaliação com o profissional (Participante 13).

Pode levar a ter complicações (Participante 5).

Entre os problemas ocasionados pela automedicação, estão os danos ocasionados aos indivíduos, uma vez que de forma indiscriminada, essa prática pode camuflar sinais e sintomas vitais para o diagnóstico de patologias pré-existentes, que exijam maior atenção, podendo se tornar mais graves ou até mesmo contribuir para o desenvolvimento de outras condições.

A ineficácia do tratamento também foi abordada nas respostas, a exemplo da seguinte participante:

Perigosa, visto que o tratamento pode ser feito de forma inadequada e o tratamento vai falhar (Participante 2).

Quando o profissional prescreve a medicação, realiza também, orientações sobre a dose adequada, o intervalo de tempo entre elas e cuidados com o medicamento, entre outras informações importantes que vão contribuir para o tratamento adequado (FERNANDES, 2017). Muitas pessoas que se automedicam não tem o conhecimento dessas informações tão relevantes, podendo comprometer o tratamento e sua saúde.

As particularidades de cada indivíduo, geralmente desconhecidas pelo mesmo, podem contribuir pra reações inesperadas e agravamento do caso, é o que afirma a participante:

Um uso arriscado, pois assim como outras patologias, a partir da automedicação tudo tende a piorar, uma

vez que possui interações medicamentosas e também a gravidade da doença. Cada organismo possui suas particularidades (Participante 9).

Existem ainda aquelas pessoas que julgam essa prática normal, mesmo com a gama de estudos que apontam os efeitos maléficos causados pelo uso inapropriado dessas substâncias. Para Oliveira *et al.* (2016) as propagandas de fármacos induzem à prática da automedicação, principalmente pela internet e televisão, conforme evidenciado nas falas abaixo:

Normal, porém, não é o melhor a se fazer. Utilizamos muitos remédios conhecidos ou encontrados na internet pela falta de tempo, devido à demora no sistema de saúde (Participante 4).

A automedicação para mim parece ser uma coisa normal (Participante 11).

Esses sentimentos em comum, expressados pelas participantes, podem estar amplamente relacionados à área de atuação. Resultados obtidos em um estudo realizado por Souza *et al.* (2018) demonstram que estudantes e profissionais de saúde sentem mais segurança ao ingerir ou indicar algum medicamento, em decorrência dos conhecimentos adquiridos na graduação ou na profissão. Pesquisa anterior, realizada por Neto *et al.* (2006) supõe ainda que a autoconfiança seja adquirida por meio de propagandas, internet ou até mesmo em sala de aula, além das experiências anteriores com a mesma medicação.

Independente das razões que podem levar à obtenção desses medicamentos, a expectativa para o cenário de ensino prático é de um ambiente que estimule as boas práticas de saúde, dentre elas o uso racional de medicamentos. Os profissionais desses serviços devem contribuir para a conscientização dos acadêmicos acerca dos riscos e benefícios causados pelos medicamentos, bem como seu uso de forma adequada (GAMA; SECOLI, 2017). O discurso a seguir evidencia a importância da educação em saúde:

Acredito que é prejudicial, porém, muito praticada, devido ao baixo nível de orientação de muitas mulheres (Participante 1).

É importante frisar que a educação em saúde incluindo, principalmente, tópicos que envolvam a automedicação e o autocuidado, deve ser inclusa na formação de jovens e adultos, assim como em todas as profissões relativas à área da saúde (GARCIA *et al.*, 2018). A sensibilização deve ser realizada pelos profissionais envolvidos, afim de que essa população venha a ter conhecimento acerca dos males dessa prática, com o intuito de garantir informações que vão assegurar a integridade de sua saúde, melhorando a qualidade de vida e reduzindo gastos no sistema de saúde gerados pelo uso irracional de medicamentos.

Foi levantado ainda outro questionamento acerca do tempo de uso dessas medicações. As principais respostas apontadas foram:

Durante 7 dias (Participante 5).

Enquanto estava sentindo os sintomas (Participante 11).

Três semanas (Participante 10).

Três dias até diminuir os sintomas (Participante 1).

Totalizando a somatória foi um mês! O primeiro uma semana, e o segundo três semanas em dias alternados! (Participante 19).

Nota-se certa negligência no último discurso, no qual o tempo de tratamento excede o tempo orientado no Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres, instituído pelo Ministério da Saúde, cujo tratamento recomendado em casos de Candidíase é composto por: Miconazol creme vaginal 2% - um aplicador (5 g) à noite, ao deitar-se, por 7 dias; ou Clotrimazol creme a 1% – um aplicador (5 g) à noite, ao deitar-se, por 7 dias; ou Tioconazol creme a 6% – um aplicador (5 g) à noite, por 7 dias; ou Nistatina 100.000 UI – um aplicador à noite, ao deitar-se, por 14 dias. Em casos de candidíase resistente ao tratamento tópico: Fluconazol 150 mg, VO, dose única ou Itraconazol 200 mg, VO, a cada 12 horas, por 1 dia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Já em casos de vaginose bacteriana, o tratamento indicado é: Metronidazol 500 mg, VO, a cada 12 horas, por 7 dias; ou Metronidazol gel vaginal 100mg/g, 1 aplicador (5 g), 1x/dia, por 5 dias; ou Clindamicina creme 2%, 1 aplicador (5 g), 1x/ dia, por 7 dias. Sendo assim, é nítido que a orientação profissional é indispensável a fim de evitar doses e tempo de tratamentos inadequados e suas possíveis complicações (BRASIL, 2015).

A vida conturbada da mulher, que na sua grande maioria assume vários papéis sociais, muitas vezes, dificulta a procura de um tratamento adequado, tornando-a mais susceptível a corrimentos recorrentes, bem como levando-a a procurar tratamentos alternativos que minimizem os sintomas apresentados. Entretanto, a ocorrência de sinais e sintomas ginecológicos podem afetar diretamente a qualidade de vida dessas mulheres, tornando-se essencial o diagnóstico e tratamento adequados, além de promover autonomia, bem estar e qualidade de vida a esse gênero (SALIMENA *et al.*, 2011).

A enfermagem tem um papel primordial no controle das vulvovaginites, tanto no desenvolvimento de atividades de educação em saúde, intervenções individuais e coletivas quanto na detecção precoce dos fatores e hábitos de risco. Com isso, será possível o diagnóstico e tratamento precoce de forma correta, contribuindo assim para a cura e qualidade de vida, não só da paciente como também do seu parceiro.

CONSIDERAÇÕES

É evidente que as vulvovaginites estão sendo as principais queixas ginecológicas durante as consultas, podendo estar relacionadas a múltiplos fatores que interferem diretamente na qualidade de vida das mulheres acometidas, comprometendo seu bem estar e socialização. Entretanto, com orientações adequadas e educação em saúde eficiente, esses índices podem ser reduzidos, contribuindo para economia nos serviços de saúde.

Mediante aos resultados observados, foi possível alcançar os objetivos propostos inicialmente e analisar a prática da automedicação entre estudantes universitárias. Assim, foi possível constatar que as vulvovaginites são proporcionais entre mulheres casadas e solteiras, constatando que a multiplicidade de parceiro não é um fator que contribui de forma significativa para o surgimento dessas patologias.

Ao analisar o nível de conhecimento das acadêmicas acerca das vulvovaginites, os resultados obtidos foram satisfatórios, já que a maioria delas conheciam os fatores de riscos para a mesma. Por outro lado, ainda são escassas as informações acerca da prática sexual segura, pois muitas das acadêmicas não receberam orientações acerca do assunto, o que se torna inaceitável na sociedade atual, podendo contribuir para a ocorrência de vulvovaginites durante a vida sexual e tratamento inadequado.

Muitas das acadêmicas aderiram a automedicação, sendo que os principais motivos justificados foram a dificuldade no acesso aos serviços de saúde, falta de tempo e vergonha, evidenciando que o Sistema Único de Saúde (SUS) nem sempre está de portas abertas e que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher não está sendo empregada de forma efetiva, deixando essas mulheres desassistidas e sem atenção integral. Ainda, são necessárias atividades de educação em saúde mais eficazes, com o intuito de dirimir dúvidas, além de levar mais informações acerca dos fatores de risco e formas de prevenção. Para mais, é essencial que os serviços de saúde sejam mais acolhedores para que os pacientes, nesse caso as mulheres, não se sintam envergonhadas para expressarem seus sinais e sintomas e assim obter o tratamento adequado.

É primordial que os ambientes acadêmicos e profissionais sejam os principais sensibilizadores acerca da prática da automedicação, a fim de informar sobre os efeitos adversos e suas complicações, uma vez que esse ato é bastante comum nessa população, em decorrências das vulnerabilidades às quais está sujeita. Por fim, com a realização desse estudo, foi possível identificar a escassez de pesquisas que envolvam o tema, fazendo-se necessária a realização de estudos que abordem tal assunto de forma mais objetiva e ampla e traga contribuições significativas para a sociedade. Entretanto, as pesquisas utilizadas para fundamento dessa pesquisa foram de grande valia

sendo foi possível realiza-la e alcançar os objetivos propostos.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, I. H. **Prevenção de vaginite nas mulheres em idade fértil; ações de educação em saúde.** Trabalho de conclusão de curso (Especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) – Núcleo Ceará, Núcleo de Tecnologias de Educação em Saúde à Distância (NUTEDS), Fortaleza, 2015.
- AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA. **A informação é o melhor remédio.** Brasília, DF, 2008.
- ARRAIS, P. S. D. et al. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, n. suppl2, p. -, 2016
- BRASIL, V. P. et al. Protocolo de enfermagem. Volume 2 *In: Infecções Sexualmente Transmissíveis e outras doenças transmissíveis de interesse em saúde coletiva* (dengue/tuberculose), 2016.
- CASTRO, C. et al. A Automedicação nos Alunos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. **Millenium**, 2016. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/13406>. Acesso em: 23 jan. 2020.
- CRUZ, E. de S. et al. Incidência da automedicação entre jovens universitários da área da saúde e humanas. **Revista Saúde UniToledo**, Araçatuba, v. 3, ed. 1, 2019.
- DE MELO, W. S. et al. Prevalência de automedicação entre idosos acolhidos em um centro-dia. **Revista Enfermagem Atual**, 2019.
- DOMINGUES, P. H. F. et al. Prevalência da automedicação na população adulta do Brasil: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, Recife, 2015.
- FERNANDES, F. A. **Automedicação: o uso indiscriminado de medicamentos.** 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Ciências Biológicas) - Faculdade Araguaia, [S. l.], 2017.
- GAMA, A. S. M. SECOLI, S.R. Automedicação em estudantes de enfermagem do Estado do Amazonas – Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.** 2017 mar;38(1):e65111
- GARCIA, A. L. de F. et al. Automedicação e adesão ao tratamento medicamentoso: avaliação dos participantes do programa Universidade do Envelhecer. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 691-700, Dec. 2018.
- IURAS, A.; MARQUES, A.A.F.; GARCIA, L.F.R.; SANTIAGO, M.B.; SANTANA, L.K.L. Prevalência da automedicação entre estudantes da Universidade do Estado do Amazonas. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, 2016.

KINNEY, R. G.; SPACH, D.H. **Vaginitis**. 2017. Disponível em: <https://www.std.uw.edu/go/syndrome-based/vaginal-discharge/core-concept/all>. Acesso em: 1 abr. 2020.

LEITE, S.R.R.F.; et al. Perfil clínico e microbiológico de mulheres com vaginose bacteriana. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v.32, n.2, p.82-87, Feb. 2010

LINHA DE CUIDADO SAÚDE DA MULHER: BETAT, S. B.; BATISTA, R. P.; HEIL, Renata Andrade (org.). Protocolo de enfermagem vulvovaginites. Joinville: Secretaria da Saúde – Prefeitura de Joinville, 2018.

LINHARES, I. M. et al. **Vaginites e vaginoses**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2018.

MAIA, A. C. B. **Sexualidade e educação sexual**. Universidade Estadual Paulista, [s. l.], 10 jul. 2014.

MEDEIROS, M. C. **Controle de vulvovaginites na unidade básica de saúde Bela Vista em Bacabal/Maranhão**. 2016. Trabalho de conclusão de curso (Pós graduação em Atenção Básica em Saúde) - Universidade Federal do Maranhão, [S. l.], 2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral as pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST's)**, [S. l.], 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)**, Brasília, 2015.

MORAES, A.; ARAÚJO, N. G.; BRAGA, T. Automedicação: revisando a literatura sobre a resistência bacteriana aos antibióticos. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, [s. l.], v. 5, n. 1, 2016.

OLIVEIRA, J. M. **Infecções Ginecológicas do Tracto Genital Inferior**. 2011.

OLIVEIRA, L. L. de *et al.* Avaliação da prática da automedicação numa população urbana do Nordeste do Brasil. **Scientia Plena**, Sergipe, v. 12, ed. 12, 2016.

PAIM, Roberta Soldatelli Pagno et al. **Automedicação: uma síntese das publicações nacionais**. Revista Contexto & Saúde, v. 16, n. 30, p. 47-54, 2016.

PEREIRA, M. do D. R. N. *et al.* Frequência de vulvovaginites em uma clínica de enfermagem no sertão paraibano. **Temas em Saúde**, [s. l.], p. 804-827, 2018.

PEREIRA JÚNIOR, A. do C.; TELLES FILHO, P. C. P.; AZEVEDO, D. S. da S. Automedicação: consumo, orientação e conhecimento entre acadêmicos de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 7, ed. 6, 2013.

RODRIGUES, M. C. S.; OLIVEIRA, C. de. Interações medicamentosas e reações adversas a medicamentos em polifarmácia em idosos: uma revisão integrativa. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, set. 2016.

SALIMENA, A. M. de O. et al. Conhecimentos e atitudes de mulheres varredoras de rua sobre o cuidado ginecológico. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 43-51, Mar. 2012.

SANTOS et al. Prática da automedicação entre acadêmicos do curso de enfermagem de uma instituição de ensino superior. **Scientia Plena**, v.14, n. 07, 2018.

SARMENTO, M. do S. *et al.* Comportamentos sexuais e o uso de métodos contraceptivos em universitárias da área da saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, 2018.

SILVA, A. S. S. da Costa *et al.* Agentes microbiológicos de vulvovaginites identificados pelo papanicolau. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 8, n. 2, 2014.

SILVA, C. M. *et al.* Consulta ginecológica e a relação profissional-cliente: perspectiva de usuárias. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, 2016.

SILVA, F. M. da; G., F. C.; LAZARINI, C. A. Caracterização da prática de automedicação e fatores associados entre universitários do curso de Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Recife, v. 16, n. 3, 2014.

SILVA, J. A. C. da *et al.* Prevalência de automedicação e os fatores associados entre os usuários de um Centro de Saúde Universitário. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, [s. l.], v. 11, n. 1, 2013.

SOTERIO, K. A.; SANTOS, M. A. dos. A automedicação no Brasil e a importância do farmacêutico no uso racional de medicamentos de venda livre: uma revisão. **Revista da Graduação**, [s. l.], v. 9, n. 2, 2016.

SOUZA, J. dos S. *et al.* Percepção sobre a automedicação: saúde versus riscos associados. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, [s. l.], v. 24, ed. 2, 2018.

TABILE, Patrícia Micheli *et al.* Características clínicas, prevalência e diagnóstico de vulvovaginites em ambulatório do interior do Rio Grande do Sul. **Journal of Health and Biological Sciences**, [s. l.], v. 4, n. 3, 2016.

CAPÍTULO 3

PERCEPÇÃO DAS MULHERES AO DESCOBRIREM-SE GRÁVIDAS PELA PRIMEIRA VEZ

*Vanessa Freitas França
Euzamar de Araujo Silva Santana
Wherveson de Araújo Ramos
Ruhena Kelber Abrão*

INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento ímpar para a mulher, que passará por algumas alterações no decorrer desse percurso, estando susceptível à mudanças, principalmente quando se trata do primeiro filho (ZANATTA; PEREIRA, 2015). As mulheres que estão engravidando pela primeira vez são chamadas de primíparas e geralmente ficam fascinadas com o pensamento de ser mãe, experimentando diversos sentimentos, dentre eles, questionamentos e dúvidas sobre a gestação, a qual influenciará totalmente o seu modo de viver (SOUZA, *et al.*, 2015).

De acordo com Santos *et al.* (2010) as gestantes podem passar por modificações psicológicas, hormonais e físicas, ocorrendo de forma relativa de mulher para mulher, ocasionando na maioria das vezes medos, dúvidas, angústias e curiosidades. Estas podem variar, levando-se em consideração as especificidades de cada gestante. Um grande número de mulheres experimenta neste período sentimentos adversos, que podem atingir os dois extremos como, excesso de coragem e medo, alegria e angústia.

A gravidez é dividida em três trimestres, nos quais a mulher passa por diversas mudanças em seu aspecto físico e psicológico. No primeiro trimestre ocorre o reconhecimento de estar grávida, iniciando a relação mãe-feto, fase em que ocorrem os primeiros sintomas fisiológicos da gestação como: náuseas, vômitos, hipersonia, desejos e rejeição por certas coisas, a gestante fica mais sensível e ao mesmo tempo podem ocorrer mudanças no humor. O segundo trimestre é o momento em que a mulher começa a sentir os primeiros movimentos fetais. Já no terceiro trimestre ocorre a proximidade do parto, momento em que vários sentimentos são aflorados, como: aumento da ansiedade, dúvidas em relação à escolha da via de parto, temores relacionados à sua saúde e do bebê e insegurança quanto o trabalho de parto, parto e puerpério (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

O processo de parturição é outro aspecto que deixa a mulher ansiosa e preocupada, a escolha da via de parto geralmente ocasiona certo nervosismo e ansiedade. Segundo Rezende (2013), existe duas vias de parto, a vaginal, natural ou normal e a cesariana. O parto vaginal ou normal dá-se pela

presença de contrações uterinas dolorosas e rítmicas, sendo dividido em quatro estágios: dilatação, expulsão, dequitação e o puerpério imediato. Enquanto o parto cesáreo ocorre através de um procedimento cirúrgico, no qual é realizada, por um profissional capacitado, a abertura do abdome e da parede muscular do útero, para a retirada do feto.

Algumas complicações podem ocorrer durante o trabalho de parto, possibilitando alterações psíquicas e físicas na gestante. Segundo Rezende (2013) intercorrências comuns são, alterações na anatomia pélvica e alterações relacionadas à posição em que o concepto está localizado no útero, gerando um parto com distorcia, em que há a necessidade de intervenções como uso de fórceps, episiotomia e aspiração à vácuo. Dessa maneira, existem gestantes que sentem receio em parirem por via natural, devido ao medo das consequências que podem sobrevir dessa via de parto, como distopias genitais, lacerações perineais e até mesmo incontinência urinária (COSTA *et al*, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde (2012) é necessário que a equipe de saúde assista à mulher de forma integral, respeitando sempre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente a integralidade, por isso a importância desses profissionais realizarem uma escuta qualificada e terem empatia com a comunidade, gerando confiança e estabelecendo vínculo (BRASIL, 2012).

Neste contexto, a enfermagem exerce um papel fundamental fazendo a mediação entre a gestante e a equipe de saúde, a qual deverá assistir à mulher de forma a atender às suas necessidades, com ética e de maneira humanizada, assegurando à mesma os direitos preconizados pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), entre eles, o de ter o acompanhante de livre escolha durante o processo de parturição e não ser submetida à intervenções desnecessárias. A mãe deve ser a protagonista do parto, tendo autonomia para opinar sobre as condutas a serem adotadas, de modo que a experiência da gestação seja um momento prazeroso. Dentro do exposto, o presente estudo tem por objetivo avaliar a percepção de primíparas quanto à gestação, em uma Maternidade do Município de Imperatriz/MA.

METODOLOGIA

A presente pesquisa constitui-se de um estudo de campo, descritivo e exploratório, caracterizado por abordagem qualitativa, que avaliou a percepção de primíparas frente à primeira gestação, em uma Maternidade do Município de Imperatriz/MA.

De acordo com Marconi (2013) a pesquisa exploratória tem por objetivo formular questões ou um problema a ser investigado, com o intuito de tornar o ambiente de pesquisa familiar para o pesquisador e desenvolver hipóteses, a fim de deixar o estudo mais esclarecedor, fazendo com que

esse caso tenha relevância futuramente. Gil (2010) afirma que a pesquisa descritiva tem a finalidade de detalhar as características de uma determinada população, estudando seus aspectos econômicos e sociais. Pode ser elaborada também com a finalidade de identificar possíveis relações entre as variáveis.

A pesquisa qualitativa é caracterizada pela investigação representada por meio de texto. O pesquisador busca compreender o objeto a ser estudado de acordo com suas especificidades, ou seja, ele trabalha de acordo com as falas, pensamentos, ideias e atitudes do sujeito. Conseqüentemente, esses dados serão analisados e interpretados detalhadamente, nessa pesquisa não é utilizado instrumento pronto para a coleta de dados, tudo é feito através do que a pessoa entrevistada estará expressando (MINAYO, 2009).

Os participantes da pesquisa foram primíparas, maiores de 18 anos, internadas em uma maternidade pública de referência no município de Imperatriz/MA, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Foram excluídas do estudo mulheres que não apresentavam condições físicas e psíquicas para responder aos questionamentos. A coleta de dados foi baseada em um roteiro de entrevista semiestruturado, com variáveis envolvendo o perfil socioeconômico, epidemiológico e clínico e seu grau de conhecimento sobre a gestação.

Logo após a coleta de dados, iniciou-se o processo de análise dos mesmos. Na pesquisa qualitativa, a análise usa muito da capacidade humana, ao ouvir as falas que são descritas e observadas, sendo importante nesse processo a habilidade para reconhecer os dados por meio da literatura técnica, como também a experiência profissional da pessoa que estará coletando.

De acordo com Bardin (2011) a metodologia de análise de dados é um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez menor que sempre está em processo de aprimoramento, em que são aplicados discursos (conteúdos e continentes) muitíssimos variados.

A análise de dados foi realizada por meio de critérios de categorização (classificação e agregação). A categoria é uma forma de raciocínio que representa o que é real, verdadeiro, de maneira simplificada, em determinados períodos (BARDIN, 2011). A partir da análise dos dados emergiram quatro categorias, sendo: descoberta da gravidez, sentimentos e sensações; aceitação da família e dos parceiros; medos e sentimentos relacionados ao período da gestação; e atendimento nos serviços de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 15 gestantes que se encontravam no estabelecimento de saúde no momento da pesquisa. A faixa etária das gestantes variou entre 18 e 33 anos, sendo 02 (duas) solteiras e 13 (treze) casadas/união estável. Com relação ao grau de instrução, 06 (seis) tinham ensino médio completo, 02 (duas) ensino fundamental completo, 02 (duas) ensino médio incompleto e 05 (cinco) ensino superior incompleto. A ocupação/profissão das participantes foi referida desse modo: 11 (onze) não trabalham fora, se considerando “Do lar”, uma estudante, e 03 (três) trabalhavam fora de casa, sendo, uma professora, uma nutricionista e uma costureira.

Com relação à menarca, variou de 11 a 17 anos e a coitarca variou de 15 a 24 anos. Quando questionadas sobre o planejamento da gravidez, 05 (cinco) gestantes afirmaram não haver sido planejada, enquanto 10 (dez) afirmaram ter planejado. Ao serem questionadas se o (a) filho (a) era desejado (a), por unanimidade responderam “sim”, fator esse que pode ser explicado devido à série de sentimentos que a gestação proporciona, desencadeando um amor maternal pelo filho.

Durante o período gestacional são observadas várias alterações no corpo da mulher, as quais alteram a parte física, mecânica, hormonal e psíquica. Dentre as alterações fisiológicas estão as modificações sistêmicas, como alteração das mamas, do abdome, das glândulas endócrinas, do sistema cardiovascular, do sistema respiratório, do peso corporal, do trato gastrointestinal, do metabolismo de carboidratos, do sistema musculoesquelético e da pele (REZENDE, 2013).

A vivência dos sentimentos pela gestante varia a cada trimestre. No primeiro, surgem manifestações de ambivalência, como dúvidas sobre estar grávida ou não, além de sentimentos de alegria, apreensão, irrealidade e, em alguns casos, rejeição do bebê. No segundo trimestre, a mulher começa a incorporar a gravidez por meio dos movimentos fetais, refletindo certa estabilidade emocional, pois ela começa a sentir o feto como realidade completa dentro de si. No terceiro trimestre, o nível de ansiedade tende a aumentar com a aproximação do parto e a mudança de rotina que vai acontecer com a chegada do bebê, refletida em questões como a sexualidade da mulher, os cuidados com o recém-nascido e suas relações sociais (LEITE *et al.*, 2014).

A partir da análise do conteúdo quatro categorias temáticas emergiram dos dados: descoberta da gravidez: sentimentos e sensações; aceitação da família e do parceiro; medos e sentimentos relacionados ao período gestacional e atendimento nos serviços de saúde (BARDIN, 2011). A seguir, serão apresentados os resultados para cada uma dessas categorias, ilustrando-os com as falas das participantes. Respeitando os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos e para assegurar a privacidade das mulheres, às mesmas foram atribuídos codinomes de flores.

Descoberta da gravidez: sentimentos e sensações

Esta categoria surgiu quando as mulheres foram questionadas acerca do que havia sentido no momento da descoberta da gravidez. Em alguns relatos, percebe-se o desejo da gestante em ser mãe, o qual é expresso por um forte sentimento de satisfação pela meta atingida:

Eu senti felicidade, só felicidade (Violeta).

Fiquei muito feliz, realizada. Como foi planejada não senti medo (Margarida).

Felicidade! A gente já estava planejando (Rosa).

Eu fiquei feliz porque eu já estava tentando há muito tempo (Girassol).

Muito feliz, porque tinha uns 6 anos que estávamos esperando, fiz tratamento até em Campinas (Hortência).

Porém, muitas mães, mesmo se sentindo felizes com a notícia da gravidez, demonstraram certa apreensão e medo relacionados à gestação, como expresso nas falas a seguir:

Ah eu chorei, eu fiquei assim com medo, porque no começo a gente é inexperiente, e não me imaginava mãe, preparada assim para ter um bebezinho, chorei mais pelo medo (Begônia).

Fiquei feliz... mas fiquei com medo da gestação, de malformação, mas graças a Deus ela saiu perfeita (Amarílis).

Felicidade, senti um pouco de medo no início por causa da microcefalia [surto], a gente ficou com um pouco de receio (Jasmim).

Medo, aflição, porque meus pais não sabiam, aí tive que contar pra eles e a partir daí eu só senti medo. Na verdade, no início, quando eu descobri não senti nada de bom, eu só senti medo, ansiedade, preocupação (Gardênia).

A gestação é uma fase de grande importância na vida das mulheres, correspondendo ao período que antecede ao parto. É aquele momento em que ocorrem as mudanças físicas, em um corpo que se transforma a cada dia e que são acompanhadas de alterações emocionais. Durante cada transformação a mulher pode ficar mais vulnerável, e em termos de saúde emocional, a pessoa pode emergir mais fortalecida e amadurecida, ou então, mais enfraquecida, confusa e desorganizada (SILVA, 2013).

Quase sempre ao descobrir a gravidez, a gestante passa por diversos tipos de emoções como surpresa, alegria e, algumas vezes, medo e desespero. Esses fatores tendem a diminuir quando há um planejamento dessa gestação, e principalmente, o desejo da mulher em relação à maternidade contribui para o predomínio da vivência de sentimentos positivos, mas quando ocorre o contrário, sobretudo na falta do apoio do companheiro ou da família, misturam-se sentimentos de insegurança e solidão (LEITE *et al.*, 2014).

Aceitação da família e dos parceiros

Nesta categoria, as mulheres relatam os sentimentos e reações das famílias quanto à gestação. Apesar dos relatos iniciais terem, em sua maioria, revelado sentimentos negativos em relação à descoberta da gravidez, observou-se que aos poucos as famílias buscaram entender e aceitar a situação. Isto é percebido nas falas a seguir:

Eles ficaram assim, minha filha por que você não termina sua faculdade, primeiro ser alguém na vida, depois pensar em menino. Foi essa a reação deles (Magnólia).

É foi bem né, não tinha mais jeito mesmo, mas aceitaram (Begônia).

Ficou todo mundo surpreso, assim igual a gente, mas depois estava todo mundo feliz (Flor de Lis).

Normal... um pouco preocupados porque lá em casa todo mundo está desempregado (Petúnia).

De acordo com Silva e Silva (2009) a experiência de gerar um filho é um momento único na vida de uma mulher, desencadeando expectativa em toda a família, quando o bebê foi planejado. O período gestacional é um estágio de muitas transformações no corpo e na psique da mulher, além das expectativas e projetos elaborados pela família. A chegada do bebê muitas vezes é um processo de significação e está ligada diretamente ao envolvimento psicoafetivo da unidade familiar.

A forma como a mulher e sua gravidez são recebidas pela estrutura familiar, na qual está inserida, acarretará diversas respostas e sintomas neste período de transformações e fragilidade, de modo que o apoio e orientação por parte dos familiares será um diferencial para o relacionamento mãe-filho. O nascimento de uma criança é um acontecimento que gera alterações em toda estrutura familiar, portanto, devem-se verificar todas as interações da família, pois cada membro desta unidade sofre transformações significativas sob o impacto da gestação (VIEIRA; PARIZOTTO, 2013).

Sentimentos de preocupação e medo concernentes à aceitação da gravidez pelo namorado/marido e à oferta de apoio pela figura paterna foram evidenciados nos depoimentos das gestantes, ressaltando a importância do companheiro em acolhê-las neste momento de sua vida (LEITE *et al.*, 2014). Quando questionadas às gestantes se as mesmas tinham recebido apoio do pai da criança, algumas relataram ter recebido suporte, enquanto outras descreveram a insatisfação dos companheiros como descrito nos seguintes relatos:

Sim, bem pouco, mas recebi (Magnólia).

Anrram..., mas ele só me acompanhou na última ultrassom (Violeta).

O pai da criança sumiu, ele até agora não assumiu em nada, desapareceu, sumiu. Não sei onde ele anda (Copo de Leite).

Para Ribeiro *et al.* (2015) a paternidade significa transformação, momento em que o homem, que outrora ocupava o papel de filho, torna-se pai. Trata-se de uma experiência que transcende a relação biológica, de consanguinidade e vínculo jurídico, que caracteriza a afiliação; envolvendo um grande desafio, a parentalidade. Esta é a capacidade de exercer a função parental, de ter a competência de ser um pai suficientemente bom para o filho. Compreende experiências psicológicas e sociais, que iniciam na gestação e prosseguem durante os primeiros meses de vida da criança, preparando os homens para as exigências e desafios que se colocam nas diferentes fases de crescimento e desenvolvimento da criança.

Para o Ministério da Saúde (2005) é importante que os profissionais de saúde interajam com a gestante e familiares, preparando-os para a chegada da criança, como também informando sobre os direitos das parturientes, entre eles, um está pautado na lei 11.108 de 2005, em que a mulher pode escolher alguém para lhe acompanhar durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

Nesta direção, entendeu-se que a família e o companheiro das gestantes devem ser estimulados a participar, de maneira mais ativa, do processo pré-natal. Deve-se dar atenção ao convívio social da gestante como elemento cultural, fortemente significativo para a compreensão do pré-natal e sua importância e necessidade de adesão precoce e contínua no período gravídico puerperal.

Medos e sentimentos relacionados ao período da gestação

A vivência da maternidade constitui-se em uma experiência singular na vida da mulher, que envolve mudanças e adaptações (LOPES; PROCHNOW; PICCININI, 2010). No âmbito psicológico destacam-se os aspectos emocionais envolvidos com a gestação, parto e puerpério. Nesse sentido, além das alegrias associadas, o nascimento de um bebê pode caracterizar-se também como um momento de angústia, devido à reorganização psíquica pela qual os genitores precisam passar (ZANATTA; PEREIRA, 2015).

Souza *et al.* (2015) afirmam que o trabalho de parto constitui um evento natural e fisiológico, em que não existe na maioria dos casos, a necessidade de intervenções ou interferências que possibilitem prejudicar fisicamente ou psicologicamente a parturiente ou o seu conceito. Diante disso, o trabalho de parto faz parte da vida da mulher, uma vez que deve ser acompanhado de maneira favorável e não invasiva, possibilitando que a parturiente seja a protagonista no seu processo de parturição.

Nesta categoria, são abordados os sentimentos das mães em relação ao período gestacional, que podem ser notados nas falas a seguir:

Tive medo do parto, só do parto. Em nenhum momento achei que meu bebê fosse nascer com alguma deformação pois fiz todos os exames (Bromélia).

Passei muito mal, sentia muita dor, tive muita infecção, peguei muita virose, essas viroses de grávida, e tinha medo de perder o bebê (Girassol).

A gestante precisa de assistência holística, fazendo-se necessário observar o lugar em que vive, sua família, história de vida e se tem uma rede de apoio social e emocional, pois muitos desses sintomas físicos que às vezes são apresentados pela mulher grávida, podem ser reflexos de questões emocionais, medos e ansiedades, vivenciadas (BRASIL, 2012).

De acordo com Barreto *et al.* (2013) as mulheres se sentem mais seguras ao serem avaliadas em cada consulta de pré-natal, pelo simples fato de terem a oportunidade de esclarecerem suas dúvidas quanto ao período gestacional, avaliação e desenvolvimento do bebê, sendo acompanhadas por um profissional de saúde em cada visita ao hospital ou posto de saúde, e através dessa, conseguir reduzir alguns medos que envolvem o processo gestacional e o estado de saúde que encontra o seu filho.

Atendimento nos serviços de saúde

As gestantes também foram questionadas sobre a assistência do (a) enfermeiro (a) durante o parto, porém todas as gestantes afirmaram que não conheciam ou não tinham visto este profissional. Segue em falas:

Foi boa, mais ou menos demorada, mas foi boa. Porque eu fiquei muito preocupada mulher, já estava com quarenta semanas e cinco dias, aí eles colocando remédio pra ter normal, só que não dilatava, aí eles ficavam esperando, e a gente fica com medo, preocupada. Mas eles me trataram bem, eu me senti segura (Camélia).

Não sei quem é (Hortência).

Não sei quem era o enfermeiro da sala (Girassol).

A partir disso, nota-se uma falha no sistema, uma vez que muitos profissionais não se apresentam no momento do parto, deixando o atendimento mecanizado. De acordo com o Ministério da Saúde (2012) é necessário que a equipe de saúde assista à mulher de forma integral, respeitando sempre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente a integralidade, por isso, a importância desses profissionais realizarem uma escuta qualificada e terem empatia com a comunidade, gerando confiança e estabelecendo vínculo.

Com vistas a assegurar os direitos da gestante foi criada a Portaria/GM nº569 de 01/06/2000 que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), garantindo à futura

mãe uma atenção integral, com qualidade e humanizada durante o pré-natal, parto e puerpério. A Política Nacional de Humanização (PNH) lançada em 2003, tem o intuito de colocar em prática os princípios do SUS no dia-a-dia dos serviços ofertados, fortalecendo cada vez mais mudanças no modo de gerir e cuidar, promovendo nos atendimentos o acolhimento aos pacientes e estimulando trocas de ideias e pensamentos entre gestores, trabalhadores e usuários, para a melhora cada vez mais do SUS no Brasil.

Em consequência disso, observa-se o grau de relevância do projeto Rede Cegonha, (RC) instituído por meio da portaria 1.459, de 24 de junho de 2011, que assegura à mulher uma assistência de qualidade, com segurança e humanizada, ofertando um atendimento de excelência desde o planejamento familiar, passando pelo momento de confirmação da gestação, pré-natal, parto e puerpério, até o início dos cuidados com a criança como vacinação, exames de rastreamento e consultas de puericultura.

Nesse contexto, Pereira *et al.* (2016) afirmam que o enfermeiro pode proporcionar à paciente um processo de parto menos doloroso, através de uma assistência humanizada, utilizando técnicas como a da respiração para contenção das contrações uterinas, de uma forma mais atenta e pausada, a qual irá proporcionar conforto à parturiente na hora do parto, e em consequência disso, relaxamento muscular, facilitando a dilatação e diminuindo as dores. No entanto, outro ponto que se torna de suma importância citar é a necessidade do profissional de enfermagem se apresentar para a paciente, seja no consultório, na sala de pré-parto ou no momento do parto em si, o que não ocorreu, segundo observado nas falas das participantes do presente estudo.

Biet e Pires (2015) afirmam que os pacientes não conhecem as diferentes categorias da enfermagem, que para eles todos os profissionais da enfermagem são enfermeiros, e por isso sugere a necessidade da correta apresentação dos mesmos, envolvidos com o cuidado à parturiente. Vale ressaltar que a comunicação entre o profissional da enfermagem e a parturiente ajuda a construir um vínculo, podendo gerar a ela mais conforto, confiança e apoio, frente ao estado em que se encontra, com medo e insegurança.

Face ao exposto, é necessário ao profissional da enfermagem a sensibilização e conscientização sobre sua importância na prática assistencial, como parte da equipe de saúde, promovendo a saúde e prevenindo possíveis irregularidades que possam estar envolvidas nesse procedimento. Destaca-se que o enfermeiro precisa prestar os devidos cuidados, de forma humanizada à paciente e ao neonato, utilizando os conhecimentos técnico científicos, com os princípios éticos da profissão (TAKEMOTO; CORSO, 2013).

Elenca-se que o principal objetivo do pré-natal é proporcionar assistência humanizada à mulher desde o início de sua gravidez, onde ocorrem mudanças físicas e emocionais vivenciadas de

forma distinta, até o período puerperal. Durante as consultas as gestantes podem esclarecer seus questionamentos, medos, ansiedades e se interessar por obter informações para promover a sua própria saúde e bem-estar. Sendo assim, é de responsabilidade dos profissionais de saúde acolher bem as gestantes e ter o conhecimento científico para saber orientá-las quanto as suas dúvidas e inseguranças.

CONSIDERAÇÕES

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise de como as mulheres se veem frente à primeira gestação, observando seus medos, dificuldades e sentimentos, descobrindo a maneira como a gestante lida com essa situação. Nesse sentido, a pesquisa revelou que o período gestacional é peculiar para cada mulher, visto que umas, apesar de ainda terem algumas dúvidas, estão bem preparadas para a maternidade; enquanto outras, principalmente as que tem menos idade, ficam perdidas frente a esse momento, pois muitas delas não se prepararam para a gestação, algumas se sentem sozinhas e desamparadas por não terem o apoio do parceiro ou da família, não terminarem seus estudos e estarem desempregadas.

Pode-se avaliar a percepção das mulheres que estão vivenciando a maternidade pela primeira vez e a partir do que foi constatado, é possível traçar medidas de intervenção que a ajude nesse processo de vivência da maternidade, especialmente frente àquelas que estão tendo mais dificuldade nesse momento, como as que não têm apoio de uma rede familiar e social, ou até mesmo aquelas que não planejaram a gravidez.

Com os resultados obtidos é notória a necessidade de intervenções junto aos profissionais de saúde que assistem estas mulheres, no que diz respeito ao suporte psicológico e apoio que deve ser ofertado às mesmas. É importante ainda que haja uma intervenção concernente ao incentivo à participação da família, inserindo um acompanhante de escolha da mulher, no processo de parturição. Acredita-se que tais intervenções melhorarão a assistência ao binômio mãe-filho, assegurando-lhes um cuidado humanizado e integral.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. Análise de Conteúdo, (trad.) RETO. **ALA São Paulo: Edições**, v. 70, 2011.

BARRETO, C.N et al. Atenção pré-natal na voz das gestantes. **Revista de enfermagem UFPE on line.**, Recife, 7(5):4354-63, jun., 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 1ª Edição. 1ª Reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Portaria nº. 569, de 1 de junho de 2000: Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS-a Rede Cegonha. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2011.

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

BIET, D.B; PIRES, V.A.T.N. Assistência humanizada da equipe de enfermagem no transcurso do parto: o olhar das puérperas. **Revista Enfermagem Integrada**. Ipatinga: Unileste, V. 8 -N. 1 -Jul./Ago. 2015

COSTA, S.P et al. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 1-9, 2014.

GIL, A. **Como elaborar projetos de pesquisa**, 5ª Edição, editora Atlas. São Paulo, 2010.

LEI, Nº. 11.108, DE 7 de abril de 2005. **Acessado em:** < [http://www. planalto. gov. br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei L, v. 11108](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei L, v. 11108).

LEITE et al. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de Gestantes. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 1, p. 115-124, jan./mar. 2014

LOPES, R.C.S; PROCHNOW, L.P; PICCININI, C.A. A relação da mãe com suas figuras de apoio femininas e os sentimentos em relação à maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 295-304, abr./jun. 2010

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Técnicas de Pesquisa**. 7ª ed. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2013.

MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F; GOMES, R. **Pesquisa Social**. 28ª ed. Petrópolis. RJ: Vozes. 2009.

OLIVEIRA, C.A. et al. **Obstetrícia Básica**. – 2 ed. – São Paulo: Atheneu. p.153; 154; 155; 156. 2007.

PEREIRA, S. S. et al. Parto natural: a atuação do enfermeiro diante da assistência humanizada. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, 10(3), 199-213, set, 2016.

PICCININI, C.A. et al. Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. **Estudos de Psicologia**. Campinas. 26(3). 373-382. julho – setembro. 2007.

REZENDE, J; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia fundamental**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

RIBEIRO et al. Participação do pai na gestação, parto E puerpério: refletindo as interfaces da Assistência de enfermagem. **Revista espaço para a saúde**. Londrina. v. 16. n. 3. p. 73-82 jul/set. 2015

SANTOS, L.G.A. et al. **Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia**. Editora: Científica. Rio de Janeiro. p.33.2010.

SOUZA, M.G et al. A preocupação das mulheres primíparas em relação ao trabalho de parto e parto. **Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental**, v. 7, n. 1, 2015.

SILVA, E.A.T. Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção. **O Mundo da Saúde**, São Paulo - 2013;37(2):208-215.

SILVA LJ, SILVA LR. Mudanças na vida e no corpo: Vivencias diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. **Esc. Anna Nery** [online]. 2009; 13(12):393-401.

TAKEMOTO, A. Y.; CORSO, M. R. Parto humanizado e a assistência de enfermagem: uma revisão da literatura. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 17, n. 2, p. 117-127, maio/ago. 2013.

VIEIRA, B.D; PARIZOTTO. A.P.A.V. Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. **Unoesc & Ciência - ACBS, Joaçaba**, v. 4, n. 1, p. 79-90, jan./jun. 2013.

ZANATTA, E; PEREIRA, C.R.R. “Ela Enxerga em Ti o Mundo”: A Experiência da Maternidade pela Primeira Vez. *Temas em Psicologia*. Vol. 23, nº 4, p. 959. 2015.

CAPÍTULO 4

CONHECIMENTO DA GESTANTE PORTADORA DA SÍNDROME HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO

*Jeane da Silva Almeida
Euzamar de Araujo Silva Santana
Ruhena Kelber Abrão*

INTRODUÇÃO

Embora a gestação seja um evento fisiológico que geralmente ocorre de maneira prazerosa, saudável e sem intercorrências para a maioria das mulheres, ela também pode vir a apresentar-se como gestação de alto risco para uma minoria de gestantes, em decorrência de alguma complicação, proporcionando assim, maiores chances de uma evolução gestacional desfavorável, evidenciando problemas para o binômio mãe-feto (BRASIL, 2012).

Um elevado índice de mortalidade materna encontra-se ainda visível nos países em desenvolvimento que, apesar de garantir às gestantes cuidados desde o planejamento familiar até cuidados intensivos, ainda se configura uma preocupação que abraça tanto os serviços de saúde como a sociedade em geral (REZENDE, 2013). De acordo com Silva *et al.* (2013) a maternidade proporciona alterações imprevistas e complexas, sendo: biológicas, psicológicas, psíquicas e sociais, durante toda a evolução da gravidez e a partir do diagnóstico de gestação de alto risco, a fragilidade da gestante é intensificada e o seu emocional se torna volúvel. Uma vez desconhecendo as respostas do organismo materno à gravidez, geralmente a mulher se vê impossibilitada de lidar com desconfortos advindos e com os distúrbios emocionais presentes, de modo que a qualidade da saúde materna é afetada, situações essas que podem levar à mortalidade materna e fetal.

De acordo com Brasil (2013) a Hipertensão Arterial é ocasionada por vários fatores, sendo caracterizada por níveis elevados iguais ou superiores à pressão sistólica 140 mmHg e pressão diastólica 90 mmHg, que se mantêm após a realização da aferição da pressão pelo menos em três dias distintos, com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas. Na gestação, uma das complicações mais incidente e responsável pelo índice elevado de morbimortalidade materna e fetal é a Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) que de acordo com Queiroz (2014), Brasil (2012) e Rezende (2013) é classificada como:

- Hipertensão crônica, ocorre quando a gestante já possui o diagnóstico de hipertensão antes da gestação, ou mesmo antes da 20ª semana de gestação e esse quadro continua presente após 12 semanas pós-parto;

- Hipertensão gestacional ou Hipertensão Induzida pela Gravidez (HIG), se apresenta quando a gestante obtém diagnóstico de hipertensão arterial após a 20ª semana de gestação, sem o quadro de proteinúria, porém os valores normais retornam até 12 semanas após o parto;

- Pré-eclâmpsia, ocorre quando a gestante apresenta logo após a 20ª semana de gestação, a hipertensão gestacional, acompanhada de proteinúria, no entanto, desaparece até 12 semanas após o parto. Sendo a proteinúria definida como a excreção de proteína em urina ≥ 300 mg em um período de 24 horas;

- Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica, ocorre quando a gestante além do quadro de hipertensão crônica, seu estado é agravado com o surgimento de proteinúria ou pioramento após a 20ª semana de gestação. Na eclâmpsia ocorre o agravamento do estado de saúde da gestante, com surgimento de crises convulsivas em mulheres com pré-eclâmpsia;

- Síndrome HELLP, de acordo com Brasil (2012) se destaca sendo uma forma grave da pré-eclâmpsia, caracterizada por presença de hemólise (destruição das hemácias), plaquetopenia (≤ 100.000 mm³) e elevação das enzimas hepáticas.

Como fatores de risco para a SHEG destacam-se raça negra, baixa escolaridade, condições socioeconômicas, idade superior a 40 anos, obesidade e gemelaridade (QUEIROZ, 2014; AMARAL; PERAÇOLI, 2011). Diante de todos os fatores de risco para SHEG e o impacto que a mesma causa na evolução da gestação, no parto e nascimento, o Ministério da Saúde (MS) destaca a necessidade de captação das gestantes o mais precoce possível, sendo de extrema importância a garantia de acesso ao pré-natal que atinja suas expectativas e anseios, em tempo oportuno e no nível de complexidade necessário, ação esta que contribui diretamente para a redução da morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2012).

Segundo Brasil (2014) é de suma importância que o acompanhamento pré-natal se inicie ainda no primeiro trimestre da gravidez, uma vez que seu objetivo é assegurar o desenvolvimento e evolução da gestação livre de complicações ou a detecção precoce das alterações, a fim de permitir que a gravidez transcorra sem intercorrências, com parto e nascimento do feto saudáveis.

Com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído em 01 de junho de 2000, por meio da portaria 569, é possível acompanhar as gestantes com efetividade e com ações humanizadas em relação ao cuidado, no período em que essa passa por transformações fisiológicas e emocionais, requerendo da equipe de saúde, dentre eles, o médico, o nutricionista, o psicólogo e enfermeiro, uma atenção específica. Cabe destacar a atuação do enfermeiro, que além de realizar consultas de enfermagem, deve orientar e realizar atividades educativas (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Para garantir a Humanização do Parto e Nascimento, foi lançada a lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005, que garante à gestante o direito a um acompanhante de sua livre escolha, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, ou seja, durante toda sua internação, o que proporciona à mulher o sentimento de maior segurança, confiança, conforto e menos ansiedade e medo (BRASIL, 2014).

Outra importante estratégia para assegurar a assistência integral ao binômio mãe-filho, a Rede Cegonha, foi lançada em 2011, definida como uma rede de cuidados, com objetivo crucial de oferecer à mulher e à criança, o direito a uma atenção humanizada, durante todo o pré-natal, parto e nascimento, se estendendo até o puerpério e garantindo atenção infantil em todos os serviços do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2014).

Promover saúde e prevenir riscos durante todo o pré-natal da gestante é um papel importante do enfermeiro, com atendimento integral, desenvolvendo um trabalho em rede e através da educação em saúde (LOPES *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2011). A educação em saúde é um meio de fortalecimento do diálogo entre o enfermeiro e a gestante, como também do acompanhante, pois é essencial para a dispensação de informações, contribuindo para que as dúvidas de ambos sejam esclarecidas, sendo o momento propício para expressarem seus medos e inseguranças, devido à gravidez de risco (GUIMARÃES, 2013).

Para Carvalho *et al.* (2014) é importante que o enfermeiro desenvolva o seu papel na assistência à gestante diagnosticada com hipertensão, realizando o acolhimento, orientação e prestando atendimento durante todo o pré-natal, priorizando um cuidado singular, sem deixar de lado o contexto familiar e social.

A gestante deve sempre ser informada pela equipe de saúde sobre o progresso de sua gestação, como, também, receber orientações e esclarecimento sobre possíveis dúvidas quanto ao seu estado de saúde e atitude que deve tomar para melhorar sua qualidade de vida (BRASIL, 2012). O déficit de orientação ou mesmo orientações contraditórias aos anseios da gestante de alto risco, podem repercutir em negligenciamento do autocuidado, assim como, promover uma hospitalização precoce, evidenciando neste contexto a falta de diálogo e de orientações necessários, o que pode gerar dúvidas sobre a causa e evolução da doença hipertensiva da gravidez (SILVA *et al.*, 2011).

Para Luciano *et al.* (2011) a orientação e o conhecimento dos aspectos que envolvem a gestação e as condições de saúde têm impactos importantes e as gestantes que se apropriam dessa orientação e conhecimento inerentes a toda progressão da gestação e sua patologia, tem forte repercussão na valorização da vida, fator este, que melhora o autocuidado com a saúde, prevenindo o agravamento da condição orgânica.

Ofertar assistência à gestante com uma escuta atenta, apoio emocional e fornecer informações sobre o seu estado clínico e os procedimentos a serem realizados, contribui para a redução do medo,

da ansiedade e para desconstruir as concepções negativas da parturiente em relação às possíveis complicações (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

O compartilhamento de informações entre profissionais de saúde e gestantes, na hora e de forma correta, proporciona satisfação da necessidade de informação à mulher, como também, empoderamento sobre seu próprio corpo e cuidado de si, com autonomia (OLIVEIRA; MANDÚ, 2015). Portanto, a gestante portadora de SHEG com diagnóstico precoce, ainda na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou quando encaminhada para uma assistência pré-natal de alto risco, em ambiente hospitalar, encontra-se em local e momento apropriado e significativo para obter ou aperfeiçoar o conhecimento necessário sobre a doença, os riscos e sua repercussão na gravidez, empoderando-se em relação à sua gestação.

Nesse sentido é imprescindível que o enfermeiro, detentor do cuidar, venha atuar de maneira eficiente para orientar e realizar uma assistência integral, com escuta qualificada, promovendo saúde e bem-estar ao binômio mãe-feto, como também uma evolução e desfecho gestacional favoráveis, evitando outras complicações, fazendo assim da gestante a protagonista da gestação, ainda que de alto risco.

Considerando que há poucos estudos relativos ao conhecimento da gestante portadora da SHEG sobre a doença, emergiu o desejo de pesquisar esse nível de conhecimento, como também verificar a assistência ofertada pelo profissional de enfermagem em relação às orientações e informações dispensadas às gestantes internadas em uma maternidade do Sudoeste do Maranhão. Os resultados desse estudo poderão contribuir para o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem, através da educação em saúde, não apenas no cenário da UBS, mas impregnar essa ação no ambiente intrahospitalar, onde as gestantes de alto risco realizam todo o seu pré-natal e são internadas com frequência, devido às complicações.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de campo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, que de acordo com Bardin (2011) tem a finalidade de observar a presença como também a ausência de um fator determinante de uma situação. Realizado no período de novembro de 2016 a setembro de 2017 e a coleta de dados deu-se nos meses de julho e agosto de 2017. O estudo foi desenvolvido em uma maternidade do Sudoeste do Maranhão, referência em atendimento à gestação de baixo e alto risco para o município de Imperatriz e alto risco para mulheres de outros municípios maranhenses da região tocantina e de municípios vizinhos dos estados do Pará e Tocantins.

Participaram da pesquisa gestantes internadas com diagnóstico de Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) e idade superior a 16 anos, que apresentavam capacidades mentais e/ou emocionais de participar da entrevista. Foram excluídas as gestantes com diagnóstico de outras complicações associadas e as menores de idade, cujo responsável legal não se encontrava para assinar o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido - TALE.

Inicialmente buscou-se identificar as gestantes portadoras de SHEG, que se enquadravam nos critérios de inclusão, a partir de uma breve verificação dos prontuários. Em seguida, foram realizadas visitas nas enfermarias em que as mesmas se encontravam internadas, onde foram explicados os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e que as gestantes, caso aceitassem participar do estudo não teriam ônus e poderiam desistir a qualquer momento, não acarretando ônus. Após o aceite por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE ou do termo de assentimento livre e esclarecido - TALE, foi então realizada a entrevista.

O questionário foi formado por questões sociodemográficas, dados obstétricos e questões norteadoras sobre o tema. Na oportunidade, algumas entrevistas foram gravadas, porém, algumas gestantes recusaram o registro de voz. Todas as entrevistas foram transcritas fidedignamente, para posteriormente serem analisadas.

A análise dos resultados deu-se pela sistematização dos dados de acordo com o proposto por Bardin (2011), ocorrendo a partir de três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A partir da análise emergiram quatro categorias: SHEG, diagnóstico manifesto; Conhecimento sobre a SHEG; Significados atribuídos pelas gestantes frente à SHEG; Informação, ação indispensável, no entanto negligenciada.

Enfatiza-se que foram respeitados todos os aspectos éticos das resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, de modo que o projeto foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão por meio da Plataforma Brasil e todas as mulheres foram representadas pela palavra gestante seguida de um numeral ordinal, sendo, gestante 1, gestante 2, etc., preservando o anonimato das mesmas.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Analisando o perfil das gestantes

Foram entrevistadas 20 gestantes com idade entre 16 e 43 anos, das quais, 10 residem no município de Imperatriz e as demais, em outros municípios e estados, a maioria se autodeclarou

católica, 9 evangélicas e apenas uma referiu não ser adepta a nenhuma religião. 11 participantes referiram não ter emprego fixo e 9 com trabalho fixo ou autônomas, 16 gestantes possuem renda mensal na categoria de 1 a 3 salários mínimo, enquanto 4 gestantes referiram trabalhar com ganho menor que 1 salário mínimo.

Tabela 1 - Perfil social e demográfico das gestantes atendidas em uma Maternidade do Sudoeste do Maranhão, 2017.

Variável	N	%
Idade		
16 a 19 anos	02	10(%)
20 a 29 anos	10	50(%)
30 a 35 anos	07	35(%)
43 anos	01	5(%)
Local de residência		
Imperatriz	10	50 (%)
Outros municípios	10	50 (%)
Etnia		
Branca	3	15(%)
Parda	11	55(%)
Preta	6	30(%)
Religião		
Católica	10	50(%)
Evangélica	9	45(%)
Sem religião	1	5(%)
Fonte de renda		
1 a 3 salários mínimos	16	80(%)
Menor que um salário mínimo	4	20(%)
Emprego		
Trabalha	9	45(%)
Não trabalha	11	55(%)

Fonte: os autores

Verificou-se ainda que quatro gestantes referiram serem casadas, sete convivem com companheiro e nove relataram estarem solteiras. Em relação à escolaridade, uma concluiu o ensino fundamental e quatro não chegaram a concluir o mesmo. 11 gestantes possuem ensino médio completo e 3 incompleto, apenas uma gestante tem ensino superior completo.

Tabela 2 - Estado civil e escolaridade das gestantes atendidas em uma Maternidade de Referência no Sudoeste do Maranhão, 2017.

Variável	N	%
Estado civil		
Casadas	4	20 (%)
Solteiras	9	45 (%)
União estável	7	35 (%)
Escolaridade		
Fundamental incompleto	4	20 (%)
Fundamental completo	1	5 (%)
Ensino médio incompleto	3	15 (%)
Ensino médio completo	11	55 (%)
Ensino superior	1	5 (%)

Fonte: os autores

A grande maioria das gestantes relatou não ter hipertensão em gestações anteriores, duas gestantes relataram pré-eclâmpsia em gestação anterior e outras duas, hipertensão arterial. No entanto, o diagnóstico de hipertensão arterial está presente entre os membros familiares sendo pai, mãe, tia ou tio, os mais frequentes. Com relação ao tabagismo e etilismo, em um total de 18 gestantes afirmaram não fumar e também não ingerir bebida alcoólica, apenas uma relatou ser tabagista e uma referiu ingerir bebida alcoólica em ocasiões festivas.

Tabela 3 - Histórico de hipertensão, tabagismo e etilismo das gestantes atendidas em uma Maternidade de Referência no Sudoeste do Maranhão, 2017

Variável	N	%
Hipertensão gestacional		
Hipertensão em gestação anterior	2	10(%)
Pré-eclâmpsia na gestação anterior	2	10(%)
Sem ocorrência de Hipertensão gestacional	16	80(%)
Hipertensão em familiares		
Não	6	30(%)
Pai	3	15(%)
Mãe	8	40(%)
Avó	1	5(%)
Tia e/ou Tio	2	10(%)
Tabagismo e etilismo		
Sem ocorrência de tabagistas ou etilistas	18	90(%)
Tabagistas	1	5(%)
Etilistas	1	5(%)

Fonte: os autores

Destaca-se que entre a amostra analisada, 14 gestantes se encontravam entre a 1ª e 2ª gestação, 3 gestantes já estavam na 3ª ou 4ª gestação, apenas 1 gestante estava na 5ª gestação e 2 gestantes se encontravam na 6ª gestação. Relatado um total de cinco gestantes que já haviam abortado e uma mulher apesar de não referir aborto, tem histórico de três gestações anteriores que findaram em natimortos, sendo um parto vaginal e dois cesarianos. Apenas uma gestante referiu ter sido diagnosticada com infecção urinária, entretanto, no momento da pesquisa já se encontrava tratada e curada.

Tabela 4 - Dados obstétricos das gestantes atendidas em uma Maternidade de Referência no Sudoeste do Maranhão, 2017.

Variável	N	%
Quantitativo de gestações		
1ª ou 2ª gestação	14	70(%)
3ª ou 4ª gestação	3	15(%)
5ª gestação	1	5(%)
6ª gestação	2	10(%)
Aborto ou natimortos em gestações anteriores		
Sem ocorrência	14	70 (%)
Abortos	5	25 (%)
Natimortos	1	5 (%)
Variável	N	%
Complicações		
Sem complicações	19	95(%)
Complicação tratada e curada	1	5(%)

Fonte: os autores

Amaral e Peraçoli (2011) relatam que as gestante com idade superior a 40 anos, estão mais propensas a adquirir a pré-eclâmpsia (PE), com risco similar entre primíparas e múltíparas, corroborando com o estudo de Queiroz (2014) o qual evidenciou que as gestantes com idade superior a 40 anos têm mais riscos à HIG. No presente estudo verificou-se que concernente à idade, houve divergência da literatura, uma vez que a idade de maior prevalência foi de 20 a 29 anos, não caracterizando dessa forma como fator predominante de risco para SHEG, posto que Brasil (2012) classifica como fator de risco para complicações gestacionais, idade < 15 anos e > 35 anos.

Com relação à etnia das gestantes, a cor de maior prevalência foi a parda, divergindo do estudo de Costa *et al.* (2016) no qual prevaleceu a cor branca e corroborando com Queiroz (2014) que afirma em seu estudo que a raça negra, a baixa escolaridade e as condições socioeconômicas têm

maior destaque de risco à SHEG, porém, o risco para SHEG entre mulheres gestantes de cor preta independe da condição econômica e nível de escolaridade.

Quanto à escolaridade e estado civil, houve maior prevalência de mulheres com ensino médio completo e com estado civil solteira, divergindo do estudo de Costa *et al.* (2016) onde prevaleceu a escolaridade ensino fundamental completo e união estável, assim como o de Brasil (2012) no qual a baixa escolaridade e situação conjugal insegura configuram fatores de risco para SHEG.

De acordo com Brasil (2012) a grande multiparidade configura um fator para a gestação de alto risco, no entanto, no presente estudo observou-se que a nuliparidade é a situação de maior prevalência, como também a não ocorrência de aborto habitual e outras complicações, ocorrendo nesse interim divergência com a literatura. Segundo Queiroz (2014) a gemelaridade também participou do cenário dos fatores de risco para a SHEG, o tabagismo, por sua vez, aparece no cenário como um protetor e não como um vilão para elevar o risco de adquirir a SHEG, entretanto, dentro da literatura é citado como fator de risco para a gestação, fator esse que teve ocorrência mínima neste estudo, uma vez que a maioria das gestantes não fazem uso de tabaco e nem de álcool.

Um fator de grande importância é a história clínica familiar, sendo observada grande ocorrência de hipertensão arterial em familiares, principalmente na mãe, uma doença crônica que no estudo de Costa *et al.* (2016) ocorreu com grande incidência. No entanto, o autor afirma que é necessário um somatório de antecedentes familiares ou pessoais para que aumente a probabilidade de alguma intercorrência na gestação. As complicações gestacionais também se configuram como um fator que predispõe o agravamento da gestação de alto risco (COSTA *et al.*, 2016), no entanto, no presente estudo, outras complicações gestacionais eram critério de exclusão, onde apenas uma gestante afirmou ser acometida por infecção do trato urinário, sendo esta tratada e curada.

Podemos refletir que diante dos dados, se faz necessário repensar a classificação de risco feita às gestantes durante a assistência prestada tanto na UBS, como no ambiente intrahospitalar, atentando para outros fatores que podem vir a ser um risco potencial para a gestante, levando em consideração a singularidade de cada mulher, trabalhando dessa forma com ações de promoção a saúde, concernente a outras complicações, tanto para a mãe quanto para o bebê.

SHEG, diagnóstico manifesto

A classificação da SHEG é o pilar para um diagnóstico diferencial, porém, em algumas situações se faz necessário dispor de outras investigações para um melhor e mais fidedigno diagnóstico, como, por exemplo, gestantes de alto risco que apresentam os níveis tensionais normais;

gestantes com pressão alta antes da 20ª semana de gestação; gestantes com pressão alta após a 2ª metade da gestação ou com hipertensão prévia agravada (BRASIL, 2012).

Quando interrogadas sobre por meio de quem e onde tinham recebido o diagnóstico, a maioria das gestantes relatou que o recebeu durante sua internação na unidade de referência:

Aqui mesmo no Regional (...) o Médico, eles mediram minha pressão, aí tava alta (Gestante 01).

Hoje mesmo pela manhã, aqui no Regional, já no final da gravidez (...) eu vim porque já estava perto, quase com 40 semanas (...) aí mediram minha pressão, já estava alta (...) aí já induziram meu parto (Gestante 02).

Aqui no Regional (Gestante 03).

Tais relatos evidenciam falha no acompanhamento pré-natal realizado na Unidade Básica de Saúde, inerente ao diagnóstico em tempo oportuno para as necessárias intervenções e também orientações. De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM/MS), a assistência integral à mulher é de suma importância, uma vez que a detecção precoce das complicações é essencial para prevenir ou tratar maiores complicações que vierem a surgir para o binômio mãe/feto (BRASIL, 2004).

No estudo de Silva *et al.* (2011) o médico é o protagonista em todos os casos de informação do diagnóstico, no qual ainda ficou constatado que as percepções das puérperas com relação ao médico não são de todas positivas, pois predomina a falta de diálogo e de orientações sobre a doença. Resultados estes que validam os achados desta pesquisa, onde a gestante recebe seu diagnóstico diante da sua complicação e internação, sendo o médico a peça principal neste cenário.

A incidência de diagnóstico recebido ainda na UBS durante a consulta de enfermagem de rotina foi muito pequena, uma vez que as gestantes que receberam seu diagnóstico ainda na atenção básica foram gestantes multíparas que já vivenciaram complicações em gestas anteriores ou nulíparas que compareciam regularmente às consultas de rotina no posto de saúde, o que pôde ser observado nos relatos a seguir:

Recebi o diagnóstico no posto mesmo (...) a enfermeira já me encaminhou pra cá (...) foi numa consulta de rotina (Gestante 05).

Foi no posto de saúde (...) com 25 semanas (...) aí já vim pra cá (Regional) (Gestante 19).

Diante do exposto percebe-se como fundamental, que as gestantes, na consulta pré-natal na UBS, quando da identificação da SHEG, além do diagnóstico e encaminhamento para o hospital de referência, sejam instruídas quanto à doença existente, seus fatores de risco e causas, proporcionando

mais conhecimento e conseqüentemente preparo para lidar com a mesma com autonomia, no decorrer da gravidez.

Toda gestante deve ter ao seu dispor o conhecimento necessário com relação à identificação de sinais e sintomas de possíveis complicações no período gestacional. Essa orientação e o conhecimento dos aspectos de toda a progressão da gestação e o estado de saúde é um fator que favorece a melhora no autocuidado, prevenindo assim, o agravamento da condição orgânica (SILVA *et al.*, 2011 e LUCIANO *et al.*, 2011).

Conhecimento sobre a SHEG

As mulheres sabem referir os fatores e problemas que dão origem a uma gestação de alto risco que lhes foram apresentados pelos profissionais. No entanto, elas têm poucas informações sobre as suas causas e conseqüências, os cuidados e seus possíveis efeitos, expressando uma dificuldade de interpretar os problemas, as implicações e as alternativas para resolução desses, associando assim ao medo, dúvida e preocupações (OLIVEIRA; MANDÚ, 2015).

Ao questionar as gestantes sobre as possíveis causas da SHEG, elas simplesmente afirmaram que não sabiam ou já tinham a complicação gestacional em gravidez prévia, porém, os níveis tensionais voltaram aos padrões de normalidade no pós-parto, o que é relatado abaixo:

Não, não sei (Gestante 16).

Não, da outra gravidez eu tive, fiquei também inchada, mas depois que ganhei, acabou a pressão alta... ficou normal (Gestante 20).

Não (...) não sabia que estava grávida (...), nunca tive, aí engravidei, começou apresentar quentura no corpo, vi a diferença, aí já era pressão alta (Gestante 1).

A pesquisa revelou que as gestantes, quando indagadas sobre ter o conhecimento da doença, relataram que conseguem apenas dizer que estão com pressão alta, enquanto outras, sequer sabiam estar com a pressão alterada, concretizando deste modo, o desconhecimento e/ou conhecimento deficiente dessas mulheres, como identificado nas falas:

Não, nunca nem tinha visto falar (Gestante 11).

Sim, pressão alta mesmo (Gestante 07).

Não (...) eu vim perceber isso em mim no meio do período da gravidez(...) aí onde eu estava, não estava sendo medicada direito, aí vim pra cá (Gestante 01).

Não (...) sei que tenho pressão alta (...) (Gestante 02).

Vários programas e ações de saúde foram implantados no país, com o objetivo de melhorar os indicadores de saúde materna e neonatal. Contudo, é necessário fortalecer ainda mais as ações que visem à melhoria da qualidade de saúde e ampliação do acesso a assistência durante a gestação, parto e puerpério e ao recém-nascido (SILVA *et al.*, 2011).

O cuidado dispensado diretamente à gestante, quando da sua internação, é papel fundamental do enfermeiro, possibilitando uma permanência maior com a gestante, dessa forma, estabelecendo um diálogo e o vínculo enfermeiro/paciente, oportunidade essa para o profissional de enfermagem fornecer informações importantes e orientações essenciais, que fortalecerão e incitarão a gestante a priorizar o autocuidado.

Contudo, nos recortes das falas das gestantes, pode-se perceber que ao serem indagadas a respeito do recebimento de alguma orientação ou informação relacionada à SHEG, relataram que sim. No entanto, a maioria desconhece tal doença, e em relação à instituição de saúde em que receberam tais informações e o profissional de saúde que as forneceu, os relatos foram negativos, pois a maioria das mulheres não recebera tais orientações:

Sim (...) a pressão alta (...) gera convulsão né? (Gestante 01).

Não (...) também não recebi no postinho (...) só foi aqui no Regional (Gestante 02).

Não, na outra vez que eu bati ultrassom, o médico disse pra ter repouso, ter cuidado (Gestante 04).

Não sei o que é, queria entender o que causa isso, que é só durante a gravidez, depois fica tudo normal (...) a enfermeira que me atendeu na minha cidade, diz que é por causa da gestação (...) é como se a criança fizesse mal pra gente (...) estranho! (Gestante 11).

De acordo com Brasil (2012) a ciência já realizou vários estudos para definir com um sistema de escore a discriminação das gestantes de alto risco e de baixo risco, no entanto, classificações capazes de prever problemas de maneira precisa, não foram alcançadas. É essencial que a identificação dos fatores de riscos mais comuns na população, seja realizada, pois é uma luz de alerta para a equipe de saúde perceber eventuais alterações ou complicações na gestação.

Corre o risco do bebê nascer antes (...) dizem que não é nada bom pra gestante (...)corre o risco de dar glaucoma, essas coisas, ou não? (...) eclâmpsia que fala (...) dar também baixa ou só alta? (...) eu sinto como se o coração vai parar (...) (Gestante 12).

No relato de uma gestante, a busca de informações na internet foi importante para compreender a SHEG, sintomas (edema, etc.) e fatores de risco. Situação essa que corrobora com o estudo de Nour *et al.* (2015) e Silva *et al.* (2011) nos quais observaram que no atendimento pré-natal pouco se é investigado sobre o conhecimento que as gestantes possuem, inerentes ao processo

gravídico e suas eventuais complicações, de modo que a maioria das pacientes, desconhece o significado da SHEG, enquanto as que alegam o conhecimento, afirmam que a fonte é a internet e não os profissionais de saúde, na assistência pré-natal ou hospitalizações.

Não, eu soube alguma coisa na internet, sobre o inchaço, a pressão alta e o que era perigoso (...) minha mãe ficou muito preocupada, eu estava muito inchada e foi pesquisar na internet (...) não esperou e me levou logo pro hospital, minha pressão estava 20 e pouco (...) (Gestante 20).

De acordo com Nour *et al.* (2015) a falta de informação ou informação inadequada, desde o atendimento pré-natal, contribui para agravar as repercussões da SHEG, como também para resultados insatisfatórios quanto a terapêutica adotada.

Significados atribuídos pelas gestantes frente à SHEG

De acordo com Souza, Araújo e Costa (2011) a SHEG favorece o parto pré-termo, e conseqüentemente a hospitalização do neonato na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), tendo como eixo de ligação a morte, em um ciclo de angústia, sofrimento, dúvidas, medo e esperança, vivenciados pelas gestantes, no qual a hospitalização funcionou como meio de preservação de graves complicações maternas e fetais.

A repercussão da SHEG pode acarretar muitas mudanças na vida da gestante, como também dos familiares, mudando a rotina diária de ambos, em detrimento das complicações advindas da doença. A permanência da gestante no ambiente hospitalar mesmo após o parto, foi um achado da pesquisa, causando dessa forma a separação entre mãe e filho.

Não recebi alta, minha pressão não controla (...) meu filho fica em casa com meu marido (Gestante 19). Já vim pro hospital, tive 3 filhos, mas já nasceram mortos (...), por causa desse aqui (gestação), já vim logo pro hospital por causa da pressão (...) tem que cuidar desse aqui né? (Gestação) (Gestante 13).

De acordo com Silva *et al.* (2011) o desfecho desfavorável, com complicações variadas da doença para a gestante, é uma das importantes repercussões da SHEG. Evidenciou-se no presente estudo essa afirmação, em relação ao procedimento, o quadro de saúde, cesáreas de urgência e internação hospitalar, de acordo com as falas a seguir:

Aqui me botaram na maquininha e não parava de apitar, media a pressão e ela não baixou e fui pro pré-parto (...) (Gestante19).

No primeiro mês estava 13 e a enfermeira no posto já me encaminhou pra cá (...) sempre normal 10 por 6, do sétimo mês subiu pra 16, comecei a passar mal, mal mesmo, aí me internaram (Gestante11).

Minha pressão estava 20 (...) não baixava, minha mãe não esperou nada, arrumou pra fazer uma cesárea logo (...) tirar logo de 7 mês é melhor(...) fico com medo de morrer (Gestante 20).

Um estudo realizado por Souza, Araújo e Costa (2011) mostra que as gestantes com SHEG, se submetem a uma sobrecarga emocional e que muitas vezes devido ao estresse vivido, há uma ineficácia da terapêutica medicamentosa utilizada para controle da pressão arterial. O que também foi evidenciado na fala de umas das mulheres:

Mas o remédio parece que não faz efeito (Gestante 11).

Quando questionadas sobre os seus sentimentos e preocupações em relação a sua patologia, o sentimento mais comum declarado pelas gestantes foi o medo, o medo de um parto prematuro e de ocorrer a eclâmpsia. A ansiedade foi um sentimento evidente, como também a intensificação de sentimentos que já se faziam presentes na vida dessa gestante, identificados nas falas:

No dia eu fiquei com medo porque o médico não escutou o coraçãozinho (Gestante 04).

Preocupação no parto (...) (Gestante 05).

Eu fiquei mais nervosa (Gestante 12).

Fiquei com medo, tirar a neném prematura, de dá uma eclâmpsia, também fiquei com medo... é isso que causa né, a pressão alta? (Gestante 08).

Eu fiquei chocada, triste, eu tenho medo, bastante medo (Gestante 16).

Medo de morrer, preocupada com meu bebê, os remédios que eu tomo são muito caro e a pressão não controla (...) tenho que fazer outra cesárea, quero ligar logo (...) minha gravidez sempre é de risco (Gestante 20).

Sentir medo frente ao que pode acontecer com o bebê e às vezes esquecer do autocuidado devido à patologia, foi a preocupação e atitude de algumas gestantes participantes do estudo. De acordo com Oliveira *et al.* (2011) o medo é um sentimento que adentra na vida das gestantes desde o início da gestação, causando incertezas, ansiedade, intranquilidade, por não saber o desfecho da sua gravidez, ou seja, o que pode ocorrer consigo e com o seu bebê, devido à gestação de alto de risco.

Eu fiquei preocupada, não tanto por mim, mas pela criança mesmo (Gestante 09).

A minha preocupação é de acontecer alguma coisa com meu bebê, de ficar com alguma sequela, porque os remédios são muitos fortes(...) sei lá (Gestante 11).

Mulher a gente se preocupa (...) em prejudicar meu bebê (Gestante 14).

Apenas duas gestantes participantes do estudo relataram não sentir nada, apenas mantiveram a calma ou reagiram normal, quando lhes foi questionado sobre seus sentimentos e preocupação frente a patologia, responderam:

Mantive calma (Gestante 03).

Reagi normal (Gestante 01).

Incerteza quanto aos seus sentimentos e preocupações foi relatada por apenas uma gestante. A falta de conhecimento sobre seu real estado de saúde, muitas vezes pode ocasionar sentimento de tristeza e proporcionar à gestante um estado de indiferença. O que nos faz pensar que para essa gestante os níveis tensionais elevados não se configuram uma complicação gestacional que põe em risco tanto a ela como seu bebê, ou uma fase de negação evidenciando neste caso o déficit de conhecimento da mesma.

Nada, tristeza talvez (Gestante 10).

Nadinha (...) só quero cuidar desse (bebê) (...) por causa dos outros que perdi (Gestante 13).

Informação, ação indispensável, no entanto negligenciada

No estudo observou-se que as informações e orientações necessárias dispensadas às gestantes, foram somente em relação à alimentação, esquecendo deste modo, outros fatores de risco que contribuem para a instalação de outras complicações ou agravamento das já existentes, de modo que quando indagadas a esse respeito, responderam:

Sim, sobre a comida (...) não posso comer com muito sal (...) (Gestante 01).

Sim, alimentação (...) não posso comer de tudo né? (...) tenho que controlar minha alimentação (Gestante 05)

Não recebi muita orientação não, falou pra diminuir só o sal e a gordura, só isso (Gestante 08)

Algumas gestantes participantes do estudo relataram que não receberam nenhuma orientação da equipe multidisciplinar, referente à sua patologia, quando internadas no hospital de referência e que em gestação prévia o médico apenas orientou quanto ao repouso, como pode ser observado nas falas:

Não, na outra vez que eu bati ultrassom, o médico disse pra ter repouso, ter cuidado (Gestante 04).

Não (...) não me disseram nada (...) (gestante 06) e (Gestante 07).

Nunca tive nenhuma orientação de ninguém (Gestante 15).

No presente estudo, a maioria dos relatos evidenciou que informações necessárias, fundamentais e vitais para a gestante, de algum modo eram negligenciadas por toda a equipe de saúde, uma vez que não houve, praticamente, essa dispensação durante a internação da paciente, divergindo do estudo de Luciano *et al.* (2011) no qual relataram que a equipe médica foi a principal equipe que forneceu orientações, seguida dos nutricionistas, dos enfermeiros e finalmente dos técnicos de enfermagem, dados que retratam uma deficiência no papel de educador, exercido pelo profissional de enfermagem.

Alusivo à assistência relacionada à oferta de informações, quando indagadas sobre como elas a consideravam, algumas gestantes responderam que estavam satisfeitas com o atendimento e cuidados prestados, porém, a maioria relatou que não recebeu orientações ou informações sobre a patologia.

Boa, o atendimento daqui não é ruim não (...) mulher eu não acho nada não, o que a gente não entende eles (enfermeiros, médicos) conseguem explicar não é? (Gestante 17).

Em relação a assistência é bom, mas eles (os enfermeiros) não explicam nada mesmo, se perguntar eles (enfermeiros) não explicam (Gestante 08).

Boa, mas eles (enfermeiros) não falam nada muito não (Gestante 09).

É boa, mas eles (médicos) não falam muito sobre o que a gente tem não (Gestante 18).

Pra mim tá sendo ótima, mas eles (enfermeiros e técnicos) não me explicam sobre a pressão (Gestante 20).

Atendimento é muito bom, às vezes eu pergunto e as enfermeiras me respondem e vou tirando as dúvidas (Gestante 11).

O Ministério da Saúde propõe que o profissional de enfermagem realize uma assistência eficiente no acompanhamento pré-natal de baixo risco e no seguimento e acompanhamento da gestante de alto risco na unidade de referência, bem como no atendimento intrahospitalar, identificando precocemente possíveis complicações na gestação, para realização de intervenções em tempo oportuno, a fim de evitar um progresso e desfecho desfavoráveis dessa gestação para o binômio mãe-feto (BRASIL, 2012).

Acredita-se que a educação em saúde é indispensável no andamento da gestação de alto risco, impondo aos profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro, detentor do cuidar, explorar mais a

esfera do educar, proporcionando à gestante com complicações gestacionais, prosseguir com uma gravidez o mais saudável possível (LUCIANO *et al.*, 2011).

CONSIDERAÇÕES

Foi evidenciada a falta de conhecimento das gestantes sobre a SHEG, indo além do imaginado. As consequências causadas tanto à gestante quanto ao filho e família, nos reportam à assistência ofertada na atenção primária, que não condiz com o que preconizam as políticas de humanização do parto e nascimento e assistência integral ao binômio mãe-filho. Acredita-se que os dados encontrados colaboram para fortalecer ainda mais o vínculo enfermeiro/gestante, começando na atenção primária e se estendendo até o ambiente hospitalar, melhorando dessa forma a capacidade de a gestante enfrentar a doença e responsabilizar-se também pelo autocuidado.

O estudo possibilitou compreender a necessidade dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, que atua desde o pré-natal até a prestação de cuidados à gestante no ambiente hospitalar, utilizar estratégias como a educação em saúde, para levar o conhecimento necessário e em tempo oportuno às gestantes com SHEG, como também, com outras complicações gestacionais, diminuindo dessa forma os riscos potenciais, por meio da oferta de cuidado integral e abrangente.

Algumas limitações foram encontradas durante o estudo, uma delas, em relação ao difícil acesso às gestantes com SHEG que permaneciam internadas em unidades de cuidados semi-intensivos. Outra limitação foi quanto à gravação de áudio durante a entrevista, onde a maioria das gestantes se recusaram, possivelmente por medo de represálias ao expor sua opinião.

Diante do estudo percebeu-se a necessidade de ofertar assistência integral às gestantes, contemplando ações preventivas, curativas e educativas. A equipe de saúde, em especial o enfermeiro, deve utilizar estratégias para alcançar as gestantes carentes de conhecimento, tanto na atenção básica quanto no ambiente hospitalar, local onde há grande incidência de internações. Tal ação favorece a assistência humanizada, englobando todos os aspectos deficientes das gestantes como o conhecimento, o emocional, psicológico, físico, social, e espiritual, proporcionando dessa forma o bem-estar e autonomia da mesma, diante da progressão e desfecho de sua gestação.

REFERÊNCIAS

AMARAL, W.T.; PERAÇOLI, J. C. **Fatores de risco relacionados à pré-eclâmpsia**. Com. Ciências Saúde - 22 Sup. 1: S161-S168, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos humaniza SUS: Humanização do parto e do nascimento. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico.: Editora do Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS 466/2012. Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, 2012b.

BRASIL, Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CARVALHO, A. C. et al. Vivenciando a gestação com hipertensão arterial no pré-natal. **Rev. Interd.** v. 7, n. 3, p. 99-111, jul. ago. set. Teresina, 2014.

COSTA, L. D. et al. Perfil epidemiológico de gestante de alto risco. **Rev. Cogitare Enferm.** 21(2): p. 01-08, abr/jun; Paraná, 2016.

GUIMARÃES, G. P. **Educação em saúde como espaço dialógico para a vivência da gravidez de alto risco**, 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. 225p.

LOPES, G. T. et al. Hipertensão gestacional e a síndrome hellp: Ênfase nos cuidados de enfermagem. **Revista Augustus**, v. 18, nº 36, p 77 – 89, jul. /dez, Rio de Janeiro, 2013.

LUCIANO, M. P; SILVA, E. F. da; CECCHETTO, F.H. Orientações de enfermagem na gestação de alto risco: percepções e perfil de gestantes. **Rev. Enferm UFPE**, on line v. 5, n. 5, p. 1261-266, 2011.

NOUR, G. F. A. et al. Mulheres com síndrome hipertensiva específica da gestação: Evidências para o cuidado de enfermagem. **Sanare**, V.14, n.01, p.121-128, jan./jun., Sobral, 2015.

OLIVEIRA, D. C.; MANDÚ, E. N. T. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem** 19 (1), Cuiabá - MT, Jan-Mar 2015.

OLIVEIRA, K. K. P. A. de. et al. Assistência de enfermagem a parturientes acometidas por pré-eclâmpsia. **Rev. Enferm. UFPE**, Recife, 2016.

QUEIROZ, M. R. **Ocorrência das síndromes hipertensivas na gravidez e fatores associados na região sudeste do Brasil**. Dissertação, São Paulo, 2014.

REZENDE, J.; MONTENEGRO C.A.B. **Fundamentos de obstetrícia**. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

SILVA, E. F. et al. Percepções de um grupo de mulheres sobre a doença hipertensiva específica da gestação. **Rev. Gaúcha Enferm.**, jun.; 32 (2): 316-22, Porto Alegre (RS), 2011.

SILVA, M. R. C. et al. A percepção de gestantes de alto risco acerca do processo de hospitalização. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2013.

SOUZA, N. L; ARAÚJO, A.C.P.F; COSTA, I.C.C. Significados atribuídos por puérperas às síndromes hipertensivas da gravidez e nascimento prematuro. **Rev Esc. Enferm USP**, ; 45(6):1285-92, São Paulo, 2011.

CAPÍTULO 5

PERFIL E PERCEPÇÃO DE GESTANTES PORTADORAS DE DIABETES ASSISTIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO MARANHÃO

*Jhennyfer Barbosa de Oliveira Mantesso
Euzamar de Araujo Silva Santana
Ismália Cassandra Costa Maia Dias
Ruhena Kelber Abrão*

INTRODUÇÃO

O ciclo vital feminino é constituído por diferentes fases que vão da infância à velhice e, entre estas, a mulher tem o privilégio de poder gerar e guardar em seu ventre uma vida, fase essa denominada de gravidez, entendida como um conjunto de fenômenos fisiológicos que envolvem o surgimento de um novo ser (COSTA, *et al.*, 2010). A gestação é um período da vida que necessita ser avaliado com especial atenção, pois é de particular suscetibilidade para as mulheres, sendo com frequência, estressante física e mentalmente (CAMACHO *et al.*, 2006).

Para Miranda, Dias e Brenes (2007) a gestação é o episódio da vida mais complexo da experiência humana, podendo ser considerado um agente estressor que produz mudanças biopsicossociais na mulher, cujas repercussões são influenciadas diretamente pela carga genética, pela estrutura social da futura mãe e pelo desenvolvimento psicológico. Em meio à extensa diversidade de transformações morfofuncionais que se desenvolvem ao longo da gravidez, o Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) representa uma das intercorrências mais comuns às quais a gestante está exposta (MARUICHI; AMADEI; ABEL, 2012).

O Conceito da American Diabetes Association - ADA (2014) adotado pela Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD define que diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, resultante de defeitos na secreção de insulina, na ação da insulina ou ambos. A hiperglicemia crônica do diabetes está associada a danos a longo prazo, disfunção e falha de diferentes órgãos, especialmente os olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos.

De acordo com a classificação proposta pela SBD (2016), pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA), inclui-se quatro classes clínicas para a Diabetes Mellitus: Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de Diabetes Mellitus e Diabetes Mellitus Gestacional (DMG).

Conforme a SBD (2016) o DM tipo 1 é caracterizado por destruição das células beta, o que leva a uma deficiência de insulina. Enquanto o DM tipo 2 caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose, sendo esta forma vista em 90 a 95% dos casos. A barreira à insulina e a falha na função das células beta estão presentes precocemente na fase pré-clínica da doença, sendo propiciada por uma influência de fatores genéticos e ambientais.

No período gestacional, os níveis glicêmicos de jejum tendem a ser menores e os valores pós-prandiais são elevados, havendo a exigência de maior produção/liberação de insulina (BASSO *et al.*, 2007). Nas gestantes em que não há o progresso satisfatório na produção e/ou liberação de insulina, diagnostica-se o DMG, que se define como qualquer grau de intolerância à glicose com início ou primeiro reconhecimento na gestação (ADA, 2006).

Durante a gravidez, há um estado de hiperfunção pancreática, caracterizado por aumento da resistência periférica à insulina, relativamente explicada pela presença dos hormônios diabetogênicos, entre eles: lactogênio placentário, progesterona, prolactina e cortisol (BASSO *et al.*, 2007).

De acordo com a SBD (2016):

O DM gestacional ocorre em 1 a 14% de todas as gestações, dependendo da população estudada, e relaciona-se com aumento de morbidade e mortalidade perinatais. No Brasil, cerca de 7% das gestações são complicadas pela hiperglicemia gestacional. Deve-se reavaliar pacientes com DM gestacional 4 a 6 semanas após o parto e reclassificá-las como apresentando DM, glicemia de jejum alterada, tolerância à glicose diminuída ou normoglicemia. Na maioria dos casos, há reversão para a tolerância normal após a gravidez, porém, há risco de 10 a 63% de desenvolvimento de DM2 dentro de 5 a 16 anos após o parto.

Ao que se refere “outros tipos específicos de DM” deve-se ao fato de serem incomuns e específicas, podendo ser resultado de erros genéticos da função das células beta, problemas genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de tratamento medicamentoso, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao diabetes (BRASIL, 2007). O diagnóstico clínico de Diabetes é, muitas vezes, indicado pela presença de sintomas como: aumento da sede e do volume urinário, infecções recorrentes, perda de peso inexplicável e, em casos graves, sonolência e coma. O diagnóstico conclusivo se dará através de exames laboratoriais (ADA, 2014).

Os exames diagnósticos disponíveis para o rastreamento de Diabetes são: glicemia de jejum e o Teste Oral de Tolerância a Glicose (TOTG-75), bem como o teste de hemoglobina glicada (HbA1c) que é requisitado para a avaliação do controle glicêmico. O teste de glicemia em jejum é feito a partir

de uma amostra de sangue, para o qual o paciente precisa estar em jejum de no mínimo 8h (SBD, 2016).

De acordo com Montenegro e Rezende (2011) indivíduos que apresentam glicemia em jejum ≥ 126 mg/dl têm glicemia alterada, caracterizando que o indivíduo provavelmente seja diabético ou no caso das gestantes, a depender da idade gestacional, pode indicar que estas possuem Diabetes Pré-Gestacional. O outro exame, acima citado, a ser feito para fechar o diagnóstico de DM é o TOTG a 75g de 2h ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l), teste que deve ocorrer de acordo com a recomendação da OMS, utilizando solução de glicose contendo 75g de anidra glicose diluída em água. Este exame exige dieta livre três dias antes (ADA, 2014).

Segundo o Estudo Hyperglycemia and Adverse Prenancy Outcomes – HAPO (2008) em gestantes, o TOTG-75 deve ser realizado entre a 24^a e 28^a semanas de gestação, sem rastreamento preliminar pelos fatores de risco e são considerados valores anormais: jejum ≥ 92 mg/dl; 1 hora ≥ 180 mg/dl e 2h ≥ 153 mg/dl. Somente um valor alterado é suficiente para positivar o teste. Caso o valor de jejum seja ≥ 126 mg/dl, o Diabetes é considerado pré-gestacional.

O Diabetes pré-gestacional deve ser detectado logo nas primeiras consultas do pré-natal, pois compromete a saúde do feto e da mãe de forma diferente do DMG. De acordo com Montenegro e Rezende (2011) algumas das complicações e ações são: aumento do risco de anomalia congênita; riscos de retinopatia e nefropatia que requerem tratamento durante a gestação; necessidade de tratamento imediato para assegurar a normoglicemia materna e a necessidade de confirmação e tratamento do DM após o parto.

O pré-natal de gestantes que não possuem comorbidades ou tiveram alguma intercorrência em gestas anteriores, considerado de baixo risco, ocorre em Unidades Básicas de Saúde - UBS. Enquanto há uma faixa de gestantes que por possuírem alguma doença, sofrerem agravo da patologia ou por desenvolverem alguma disfunção, são consideradas de alto risco, pois dispõem de maiores chances de uma evolução desfavorável tanto para mãe quanto para o feto e estas fazem seu pré-natal em hospitais de referência (BRASIL, 2010).

Moura (2003) ressalta que o enfermeiro possui uma posição importante e de destaque dentre as categorias profissionais atuantes na atenção ao pré-natal, pois este é um profissional qualificado para o atendimento à gestante, fazendo-se fonte de informação e atuação na área educativa, de prevenção e promoção da saúde, bem como, tornando-se agente da humanização. Para um atendimento eficaz, o profissional deve esclarecer com clareza as dúvidas geradas no imaginário da mulher, dedicando-se durante a consulta pré-natal a fazer uma escuta qualificada e transmitir segurança para que a gestante possa conduzir com autonomia e confiança a gestação e o parto, bem

como, realizar todos os procedimentos técnicos para observar se a gravidez possui ou não alguma intercorrência (XIMENES, 2008).

Segundo Brasil (2005) o aumento no estado de confiança da mulher, no que se refere ao atendimento realizado pelos profissionais de saúde, tem-se dado ao fato de que médicos e enfermeiros têm aprofundado seus conhecimentos científicos a respeito dos fenômenos físicos em obstetrícia, permitindo-lhes a prática de atendimento que gere realmente, maior credibilidade. No entanto, procedimentos fundamentados somente nos aspectos físicos não são suficientes, de modo que as condutas devem ser potencializadas, especialmente pelo entendimento dos processos psicológicos que ocorrem no período gestacional, visto que, essas mulheres vivenciam uma sobrecarga emocional durante a gravidez (SARMENTO; SETÚBAL, 2003).

De acordo com Brasil (2005) hoje, os aspectos emocionais da gravidez são amplamente reconhecidos e a maioria dos estudos convergem para a ideia de que esse período é um tempo de grandes transformações psíquicas, de onde decorre importante transição existencial. Portanto, com este estudo objetivou-se verificar a percepção e os sentimentos vivenciados pelas gestantes portadoras do Diabetes Mellitus, avaliando tanto o nível de conhecimento destas acerca da doença quanto a atuação da equipe de enfermagem.

METODOLOGIA

Com a finalidade de atingir os objetivos propostos, foi realizada uma pesquisa com abordagem qualitativa, baseada no método de história oral, executada no período de dez meses, compreendidos entre outubro de 2016 e agosto de 2017, de modo que a coleta de dados ocorreu em agosto de 2017. Desenvolvida em uma Maternidade situada no Sudoeste do Maranhão, instituição exclusivamente pública gerida pelo governo estadual, referência local na assistência ao parto de baixo risco e em pré-natais e partos de alto risco para região e cidades vizinhas, incluindo alguns municípios do Pará e Tocantins, devido sua oferta de serviços especializados.

Foram incluídas gestantes com diagnóstico de Diabetes Mellitus antes ou durante o período gestacional, maiores de 13 anos (com acompanhante e/ou responsável legal), assistidas pela equipe de saúde da maternidade em questão, com capacidades físicas e mentais e/ou emocionais de participar da pesquisa. Como critério de exclusão adotou-se, gestantes assistidas na maternidade por possuírem outras comorbidades e menores de idade em que os responsáveis legais não estavam presentes (ou se recusaram) para assinar o Termo de Assentimento Livre Esclarecido – TALE. Desta forma, a amostra foi composta por seis pacientes.

Inicialmente foram detectadas gestantes que estivessem realizando pré-natal de alto risco devido ao DM/DMG ou que estivessem internadas na instituição pelo mesmo fator. As selecionadas foram informadas sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e as que concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Não houve assinatura de Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), pois nenhuma das participantes era menor de idade. As mulheres foram informadas de que poderiam desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem gerar nenhum ônus ou bônus.

As entrevistas foram baseadas nos relatos de vida das mulheres a partir do diagnóstico de Diabetes Mellitus e foram conduzidas por questões norteadoras sobre o tema, estas gravadas em áudio e posteriormente transcritas fidedignamente e analisadas. Salienta-se que a realização deste estudo obedeceu aos critérios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme disposto pelas resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo assegurado o anonimato das participantes e estas foram representadas por nomes de pedras preciosas como: Diamante, Rubi, Pérola, dentre outras.

A análise deu-se pela sistematização dos dados de acordo com o proposto por Bardin (2011). Sistematização esta que ocorreu a partir de três fases, sendo: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Após uma análise criteriosa dos discursos emergidos, chegou-se à formulação de quatro categorias: Nível de informação/conhecimento acerca do Diabetes; Sentimentos vivenciados após a descoberta da doença; Adesão e conhecimento em relação ao tratamento; e por fim, Percepção das gestantes em relação ao tipo de assistência ofertada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente será apresentado o perfil das participantes do estudo e, posteriormente, serão detalhadas as categorias que emergiram dos dados coletados.

Caracterização da amostra

A amostra foi composta por seis gestantes, as quais se enquadravam nos critérios de inclusão propostos pela pesquisa. Destas, teve-se como variação a faixa de idade de 23 a 36 anos. No que se refere a escolaridade: uma participante tinha ensino fundamental incompleto, duas ensino fundamental, duas ensino médio e uma ensino superior. Pôde-se verificar que a maioria das entrevistadas possuem apenas o ensino fundamental, condição que pode indicar um nível de compreensão cognitiva regular.

Quanto ao estado civil: três vivem em união estável e três são casadas, todas estas moram em casa com a família. Ao que tange a profissão e renda: cinco são do lar e uma é professora; uma possui renda familiar menor que 1 salário mínimo¹, quatro delas de 1 a 3 salários e uma de 4 a 6 salários mínimos mensais. No que se refere à religião: quatro são evangélicas, uma testemunha de Jeová e uma sem religião, que se denominou espiritualizada. As seis mulheres negaram etilismo e tabagismo. Todas tinham filhos, uma relatou filho com morte perinatal e quatro tiveram aborto espontâneo, conforme tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos dados obstétricos de gestantes assistidas numa maternidade de referência situada no Sudoeste do Maranhão, Nordeste, Brasil. (n=6)

Identificação	Idade (anos)	Aborto	Número de partos	Tipo de parto	Idade Gestacional atual (semanas)	Tipo de Diabetes
Pérola	23	Não	1	Cesárea	37s	DM1
Diamante	31	Não	1	Cesárea	18s	DMG
Esmeralda	33	Sim	3	Vaginais	36s	DMG
Rubi	33	Sim	4	Vaginais	18s	DMM
Turmalina	35	Sim	2	Cesáreas	36s	DMG
Safira	36	Sim	1	Cesárea	32s	DM2

Fonte: os autores

Categorização das falas das participantes do estudo

Após uma análise criteriosa dos discursos emergidos, chegou-se à formulação de quatro categorias, descritas a seguir.

Nível de conhecimento acerca do Diabetes

Para compreender a doença e suas implicações para a saúde do binômio mãe-feto, é necessário que haja conhecimento das causas da doença, como e quando foi dado o diagnóstico, bem como, se essas informações são de fontes seguras e se houve uma real compreensão por parte das portadoras de Diabetes acerca da doença. Quando indagadas sobre seu conhecimento prévio e a possível causa da doença, notou-se que as mulheres possuem conhecimento do histórico familiar e a relação com seu estado atual, conforme relataram:

¹ Valor do salário mínimo: R\$ 937,00

Não, ninguém tem isso na minha família [...] é o gestacional, descobri nos segundos exames que eu fiz, né? É que a gente faz aquela primeira bateria, aí deu alterada (Turmalina).

Minha avó tem, mas o dela é tipo II. E no caso da minha avó já era controlada, já veio avançar depois que ela ficou mais de idade, no meu caso não, eu já na gravidez descobri, com 15 anos ela já despencou e eu já comecei a tomar insulina e ela não controla. Ela nem fica num lugar só, fica só baixa, sobe, baixa, sobe (Pérola).

A minha não é gestacional, é hereditária [...] minha irmã cegou por causa da Diabetes, minha avó morreu por causa da Diabetes, é hereditário, de família. Minha irmã teve desde nova, foi a primeira da família que ficou com Diabetes [...]. Descobri na ginecologista particular, com 16 anos (Safira).

Sim, minha mãe já fazia tratamento já e eu acompanhava a minha mãe. [...] O meu é medicamentosa, porque eu fiz tratamento de hanseníase, aí passei muito tempo tomando a medicação. Aí foi através da medicação (Rubi).

Até eu aparecer com Diabetes Gestacional ninguém tinha, agora, depois de muito tempo a mamãe tá com Pré-Diabetes. [...] O meu é o Diabetes Gestacional, tive o diagnóstico em 2015, na primeira gestação (Diamante).

Apenas uma participante relatou não saber exatamente o seu diagnóstico e a relação familiar com o mesmo:

Sim, na minha família tem e muito, mas não sei o meu [...] só dizem que é a Diabetes Gestacional e que ela pode tanto ir pra frente quanto parar por aqui mesmo (Esmeralda).

O estudo de Souza *et al.* (2003) mostra que em uma população de 1039 sujeitos diabéticos a história familiar foi um relevante fator de risco para o DM, sendo que a prevalência em pessoas com histórico da doença na família foi de 10,3% e naqueles sem DM na família foi de 3,9%.

Outras pesquisas também apontam que familiares de primeiro grau de pessoas diabéticas tipo 2 apresentam de duas a seis vezes mais probabilidade de vir a ter o Diabetes do que seres sem histórico familiar da doença (BRASIL, 2007). Ainda no diabetes tipo 2 o elemento genético é forte, o que pode ser notado pela chance de cinco a dez vezes maior de um paciente com parentes com DM desenvolver a doença, em relação à população geral (ORTIZ; ZANETTI, 2001).

A eliminação autoimune das células beta tem inúmeras predisposições genéticas, com forte associação ao Antígeno Leucocitário Humano - HLA, mas não somente por esses fatores, pois, acentua-se também por condições ambientais mal definidas. Em contrapartida, o DM2 tem maior predisposição para ocorrer em mulheres com DMG prévio e em pessoas com hipertensão e dislipidemia. Sua ocorrência varia de acordo com os grupos raciais/étnicos, estando relacionada à intensa predisposição genética, muito mais que o DM1 (MONTENEGRO; REZENDE, 2011).

Quanto a um conhecimento mais profundo acerca do que era o Diabetes, as respostas foram:

Minha irmã, eu li aqui algumas coisas, fui pra internet pra vê o que era (risos), no meu caso eu acho que é açúcar no sangue [...]. Não sei de complicação (Turmalina).

Já me falaram bastante coisa a respeito do Diabetes [...]. Que causa cegueira, um corte não pode sarar, pode quando tá alta dá muita sede, quando tá baixa dá que nem tipo ontem, estava muito baixa eu estava suando muito frio, sinto muita fome, assim, várias coisas é... quando tá alta dá ânsia de vômito, muito xixi, bebo muita (intensidade) água quando ela tá bastante alta e essas coisas. [...] A pessoa pode morrer né? (Pérola)

É açúcar no sangue [...]. Sei que pode complicar, olha quando a diabetes baixou pra 32, que eu quase entrei em coma, quando eu voltei não estava mais enxergando direito, estava tudo assim turvo sabe? Aí melhorou um pouco, mais foi preciso usar óculos (Safira).

Não, se eu sei, não lembro no momento [...]. Também não sei as complicações (Esmeralda).

Sei. Das complicações não me informaram, só que eu podia abortar né? Ter aborto (Rubi).

Diferindo das outras gestantes acerca do conhecimento sobre o Diabetes e suas complicações, Diamante afirma:

Sei [...]. Pode ser que o bebê desenvolva doenças metabólicas, ele também pode nascer com hipoglicemia por conta do desequilíbrio metabólico da mãe, fica grande demais e pode atrapalhar a circulação e oxigenação do bebê (Diamante).

Define-se conhecimento como um grupo de informações que o indivíduo precisa saber para que seja capaz de administrar sua condição de saúde. Desta forma, somente as informações recebidas não são eficientes para promover a mudança de comportamento, que por sua vez, envolve outras variáveis como: escolaridade, tempo de diagnóstico, apoio familiar, facilidade de acesso aos serviços de saúde, entre outras (RODRIGUES *et al.*, 2012).

Para um portador de DM, a compreensão sobre a patologia pela qual é acometido é indispensável na prevenção de agravos, no autocuidado e na conservação do controle metabólico. Embora obtenham conhecimento e informações, não necessariamente se traduzirá na transformação de comportamento (GIL; HADDAD; GUARIENTE, 2008; PEREIRA *et al.*, 2012).

Segundo Gil, Haddad e Guariente (2008) o DM é um estado hiperglicêmico, seguido de complicações tanto agudas quanto crônicas, que podem incluir prejuízo, disfunção ou falência de órgãos, especialmente nos rins, nervos, coração e vasos sanguíneos. A longo prazo, podem ocorrer agravos como: nefropatia, com possível evolução para insuficiência renal e retinopatia, podendo causar cegueira e/ou neuropatia, com risco de surgimento de úlceras nos pés, amputações e manifestações de disfunção autonômica (SBD, 2003). O fato de não conhecer as terminologias corretamente não afeta o tratamento em si, porém, é de suma importância saber como controlar as manifestações agudas e prevenir as complicações crônicas (GIL; HADDAD; GUARIENTE, 2008).

Sentimentos vivenciados após a descoberta da doença

A gravidez é uma fase de grandes transformações, nesse período ocorrem mudanças físicas e psíquicas de grande importância para a mulher, estando associadas à uma maior fragilidade de sua saúde mental. Ao deparar-se com o diagnóstico, as portadoras do Diabetes têm sua vida modificada, pois necessitam adequar-se a um novo estilo de vida, porém, quando em se tratando da fase atual por elas vivida (gestação), os medos e angústias ficam evidenciados, pois os riscos deixam de ser somente para elas, estendendo-se também ao novo ser em seu ventre.

Ao serem questionadas sobre seus sentimentos em relação à descoberta da doença, evidenciam-se:

É assim, sabe? (choro) Até hoje eu só chorei [...]. É que o meu medo é do meu filho nascer (choro novamente) e ser diabético, que meus filhos todos nascem muito grandes. Por isso que não dou conta de ter normal (choro). E diz que é devido a esse açúcar. E eu fico morrendo de medo que nasça assim não tem? (Turmalina).

Medo, medo (voz tremula) de morrer [...]. Agora, fico com medo de acontecer o que aconteceu antes, atrás. Aí eu fico com bastante medo. E isso (a morte da outra) gera mais ainda (medo), não tem? [...] Tenho medo é da bebê nascer e não viver ou de eu morrer e ela ficar (choro), isso, só! (Pérola).

Foi ruim, eu já via minha irmã sofrendo, fiquei triste, porque assim, eu não gostava de nada doce e depois que eu descobri, parece que é uma coisa, passei a querer comer o que não podia, aí fiquei triste, assim, ruim mesmo. [...] Eu só peço a Deus pra nenhuma das minhas filhas ter, porque como a família todinha tem e eu também, elas têm risco de ter também. A gente pensa mais no filho do que na gente, meu maior medo era do doutor dizer que ela tem também, porque essa doença eu não desejo pra ninguém, porque não é doença de gente não. [...] Eu só tenho medo de morrer e não cuidar das minhas filhas, é só isso que eu penso. Tenho medo de ir pra UTI. (choro) Aí fico desse jeito, acho que é por isso que a Diabetes fica descompensada (Safira).

Susto, medo. Eu fiquei assustada, fiquei com medo, fiquei surpresa, sem entender o porquê. Ai é uma sensação de impotência né, saber que tá com o bebê e que pode passar pra ele, que ele pode sofrer por conta disso. Mais eu também não podia fazer nada, porque veio assim de repente. Senti assim, porque nas outras gravidezes eu não sentia nada e nessa eu fiquei mais mole, mais arrastada, sem vontade de nada, só queria ficar deitada. [...] Tenho medo de ficar dependente de tomar medicamento eternamente, porque não tem cura né? (Esmeralda).

Não, é assim, foi uma surpresa pra mim né? Que eu não esperava, foi uma surpresa. [...] Aí como eu já tinha tomado muita medicação de hanseníase o médico já tinha me falado que eu corria o risco de dá diabetes. [...] Ruim, a gente fica apreensiva né? Porque o médico falou que minha gravidez é de risco né? Eu tenho que completar pelo menos 20 semanas, a gente fica apreensiva né? Tenho medo de perder né? (Rubi).

Vieira e Parizotto (2013) afirmam que a gestação pode ser uma condição que provoca ansiedade, fazendo com que a mulher se torne mais vulnerável ao desenvolvimento de alterações emocionais. Estudos apontam que o perfil psicológico e a aceitação da doença exercem forte influência nos níveis glicêmicos, podendo haver comprometimento na qualidade de vida da pessoa com diabetes.

Ansiedades, medos e angústias podem ser desencadeadas pelo surgimento do Diabetes, funcionando como barreiras na compreensão de informações e no andamento do tratamento. Sabe-se que, em circunstâncias de ansiedade elevada, a capacidade de absorver informações fica afetada. No processo ensino-aprendizagem há barreiras, tanto cognitivas como emocionais, que necessitam ser percebidas e trabalhadas pela equipe de saúde (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2008).

Tratamento e adesão por parte das gestantes

Embora o conhecimento sobre o tratamento seja importante para o autocuidado e para o maior comprometimento do paciente em relação ao mesmo, sabe-se que não garante sua adesão. Porém, quando são orientados de maneira a sanar completamente suas dúvidas, as chances de efetividade em relação ao tratamento se elevam.

Quando questionadas sobre o tratamento que faziam para o controle do Diabetes Mellitus, foram obtidas as seguintes falas:

Não tô tomando nada não [...] ela disse que era pra eu continuar na dieta (Turmalina).

Uso insulina regular e NPH, sempre usei [...] Três vezes ao dia dependendo da altura do Diabetes (Pérola).

Uso insulina regular e NPH, quando eu não estou grávida e tomo glibenclamida, metformina e NPH e quando eu tô grávida tenho que tomar só a regular. [...] Lá em casa eu evito massa, melancia eu não posso de jeito nenhum (Safira).

Há umas duas semanas atrás comecei a tomar insulina. [...] Acho que tem que controlar a alimentação, medicamento se tiver, tem que continuar (Esmeralda).

Tomo glibenclamida. [...] Ela falou que não é pra mim comer massa, fritura e nada que possa subir a Diabetes [...] eu tô fazendo [dieta], por causa do repouso (Rubi).

Nem tomo comprimido, só alimentação mesmo. [...] Tive que fazer redução de carboidratos, coisas livres de açúcar o máximo possível, comer em intervalos regulares e em pequenas quantidades, pra manter controlada (Diamante).

De acordo com Brasil (2005) o controle dos índices glicêmicos pré-gestacionais e durante o período gestacional, tanto para casos de diabetes pré-gravídicos como para gestacional, bem como a troca do hipoglicemiante oral por insulina, agregado à orientação nutricional e dietética, têm abreviado substancialmente o risco de abortamentos, macrossomia e malformação fetal e mortes perinatais.

Para Francioni e Silva (2007) os sentimentos e percepções em relação às transformações necessárias após o diagnóstico da DM, não ocorrem sempre de maneira linear e harmônica. Os indivíduos tendem a apresentar resistências à algumas mudanças, merecendo destaque a mudança

alimentar. Mesmo quando cientes de suas limitações, as tentativas de encontrar argumentos e explicações para manter hábitos antigos e incorretos que lhes dão prazer, são mais fortes que a necessidade de mudança devido a doença, como expressa a fala seguinte:

Sou assim, um pouco teimosa com a boca né? Eu não tenho um controle em casa, alimentar. Eu como tudo (intensidade) que nem uma pessoa normal, gordura, sal, se é bolo, se é doces, é tudo. Confio na insulina, tá alta vou lá tomo, aí ela baixa. Aí eu como de um tudo, não fico com medo de não comer nada, como tudo que vem. Na gravidez não mudei nada não, continuo... Nada (intensidade), não mudo nada, nem pelo medo, nem pela criança, não me fez mudar nada, nem a alimentação (Pérola).

Segundo Santos *et al.* (2005) o tratamento do Diabetes exige modificações no estilo de vida dos portadores, desde o dia em que descobrem até o resto de suas vidas e conviver com esta condição crônica é por vezes ameaçadora, pois afeta todos os campos da vida do mesmo, mudando drasticamente sua rotina diária, de modo que é necessário um controle criterioso da adesão ao tratamento medicamentoso e alimentar. O melhor controle do diabetes durante a gestação, comprovadamente, leva a melhores resultados maternos e perinatais (BRASIL, 2005).

A gestão bem-sucedida de pacientes diabéticos requer uma adesão rigorosa aos regimes dietéticos e a adoção de hábitos diários mais saudáveis, relacionados ao exercício e à atividade física, além da intervenção farmacológica e uma boa assistência da equipe de saúde (PORIES; MEHAFFEY; STATON, 2011).

Percepção das gestantes em relação ao tipo de assistência ofertada

A opinião dos usuários dos serviços de saúde, especialmente gestantes, é de grande valia para as instituições por eles frequentadas, pois permite que os gestores e profissionais consigam observar suas experiências, bem como, identificar formas de melhorias no atendimento, caso se façam necessárias. Vale ressaltar a importância de como estas pacientes são recebidas na instituição a qual buscam atendimento. Profissionais que prestam serviço humanizado, buscando compreender não somente as queixas, mas também os sentimentos por elas vivenciados, contribuem positivamente para a melhoria do seu estado de saúde. Quando questionadas em relação ao atendimento e assistência na Maternidade de referência, identificou-se:

Minha irmã, assim, até agora tá bem. Eu nunca tinha vindo assim [pré-natal] pra cá, já tinha vindo já só pra tirar o neném, mas agora, assim, que estou indo todos os meses, eles me atendem bem (Turmalina).

Até agora, não tenho nada para reclamar não (Pérola).

No momento até agora está tudo bem, tão bem preocupados, tão me dando assistência, tão tirando minhas dúvidas, tá bem bom (Esmeralda).

Eu acho bom aqui. Fui muito bem atendida, eu fiz meus exames todos aqui, na mesma da hora, eles me orientaram, porque eu vim encaminhada pra aqui, aí já fui logo e já fiz a ultrassom, eu fui bem acompanhada por eles (Rubi).

Divergindo do que foi relatado pelas outras gestantes, Diamante evidencia:

Na verdade, eu estou me sentindo ainda meio desamparada, porque eu esperava um acompanhamento mais próximo e eu estou vendo uma coisa assim muito distante, só se eu sentir alguma coisa que é pra ir lá, mais rotineiramente eu não estou recebendo nenhuma orientação, nenhum acompanhamento. [...] nessa questão dos espaços, estou me sentindo sem acompanhamento, sem orientação. Até porque o médico que me consultou, eu até pedi pra trocar, porque ele fingiu que fez o trabalho dele. Ele anotou umas coisas lá na minha caderneta, como se tivesse feito alguma coisa, como, por exemplo, a ausculta fetal, medição da altura uterina e me tratou com descaso total, arrogante demais, falando mal da equipe, aí eu cheguei na recepção e pedi pra trocar, porque não senti confiança nele também. [...] Quanto à assistência estou me sentindo desamparada, com certeza, como eu te disse.

O diagnóstico de diabetes, frequentemente, envolve diversos sentimentos e reações emocionais, que precisam ser compreendidos e trabalhados pela equipe de saúde. Os profissionais devem estar preparados para oferecer apoio e suporte à todos aqueles que necessitarem, bem como perceber as necessidades destes pacientes (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2008).

Assistência ofertada pela Equipe Multiprofissional

A equipe multiprofissional, tanto na atenção primária quanto na rede de pré-natal de alto risco, durante sua atuação, deve analisar não somente a saúde física da mulher mas também sua história de vida, medos e ansiedades, dando atenção integral a elas, fazendo com que se sintam bem acolhidas e incentivadas. Estas equipes são responsáveis em diagnosticar agravos, portanto, devem estar cientes de sua real importância para a preservação e melhoria do estado de saúde das pacientes.

As portadoras de DM esperam que os profissionais de saúde sejam fornecedores de informações seguras e esclarecedoras e que dialoguem de maneira clara e consistente, favorecendo o entendimento acerca de sua patologia e não somente lhes dando informações superficiais. A este respeito relataram:

Eu perguntei pra médica (choro fraco e tosse) o que eu deveria comer, entendeu? E o que eu não devia, é difícil viu? [...] Aí ela me falou. Minhas dúvidas eu sempre tiro é com o médico (Turmalina).

A nutricionista me falou e meu médico também fala sobre, né? (Pérola)

Eu já sabia o que era porque a minha irmã tem desde novinha, mas a ginecologista me falou também e mandou procurar um nutricionista (Safira).

Recebi na clínica mesmo da doutora e não tirei nenhuma dúvida de mim. Eu só soube que era diabética mesmo e por isso mesmo ficou (Esmeralda).

Foi o enfermeiro e o médico que eu faço acompanhamento (Rubi).

O médico me deu o diagnóstico. Foi no hospital, mas da outra gestação. [...] Dessa gestação agora não recebi quase nada, só na conversa com a enfermeira na maternidade, que ela me falou alguma coisa, aí eu tive conversando com a nutricionista. [...] Por ser uma gestação gemelar a gente vê muita coisa, ouve muita coisa e dos médicos mesmo eu não ouvi nada, ninguém me explicou nada sobre o assunto (Diamante).

Segundo Péres, Franco e Santos (2008) as equipes de saúde devem proporcionar espaço de escuta para os pacientes, de forma que se sintam acolhidos, confortáveis, seguros e encorajados a exteriorizar seus sentimentos e dúvidas. Tais equipes devem também sanar dúvidas, fornecendo informações de forma humanizada e assistindo o indivíduo em sua integralidade.

Assistência ofertada pela equipe de enfermagem

O enfermeiro tem um papel fundamental durante o pré-natal, tanto de baixo como de alto risco, devendo atuar como agente facilitador, pois possui conhecimentos teórico e prático suficientes para tal. Assim, estas falas vêm mostrar a percepção das gestantes em relação às informações fornecidas por estes profissionais:

Geralmente o meu [Enfermeiro], de onde eu moro, sempre me orienta. Tanto o enfermeiro quanto a médica que ia toda terça e quarta (Pérola).

Foi importante, porque a gente fica sabendo melhor do problema que a gente tá passando. Porque se eles não souberem falar pra gente, o apoio fica ruim, né? (Safira)

Sim, a enfermeira [da maternidade] e na verdade, até agora, foi só ela que me atendeu com mais atenção e carinho (Diamante).

Por isso, o enfermeiro destaca-se no acompanhamento humanizado de gestantes que necessitam de orientações e cuidados diferenciados, colaborando para que a gestação siga de maneira satisfatória, evitando possíveis intercorrências como: um parto prematuro ou qualquer dano à saúde do binômio mãe-filho (DUARTE; ANDRADE, 2006).

A enfermagem tem se mostrado como um serviço de comprometimento em um ascender social, englobando uma ótica mais ampliada da assistência e não somente voltada para práticas curativas, corroborando sua importância na modificação dos indicadores caóticos de saúde (DUARTE; ANDRADE, 2006).

CONSIDERAÇÕES

Ressalta-se que os objetivos do estudo foram alcançados, de forma que foi possível conhecer as histórias das gestantes após o diagnóstico de Diabetes Mellitus e sua percepção acerca da assistência ofertada, tanto com relação à equipe multiprofissional quanto a respeito do enfermeiro, em uma avaliação individualizada.

Em relação ao nível de conhecimento destas gestantes sobre a doença e seus fatores condicionantes, pôde-se perceber que a intensidade de suas percepções está diretamente ligada ao seu nível de conhecimento acerca da doença. Quanto mais elucidadas, mais elas conseguem compreender suas causas e necessidades de mudanças. Notou-se ainda que as gestantes mais esclarecidas tinham medos mais específicos, no que diz respeito às complicações, como: síndromes metabólicas, mortalidade perinatal, retinopatias e nefropatias, dentre outras. Enquanto as menos elucidadas tinham um conhecimento muito superficial sobre algumas possíveis complicações, a exemplo da macrosomia e do parto prematuro, reafirmando a importância de um acompanhamento humanizado, eficaz e que tenha comprometimento para com a saúde das pacientes.

Corroborando com os resultados de outros estudos já mencionados anteriormente, constatou-se que elementos psicológicos podem ocasionar grandes prejuízos à saúde da mãe, bem como ao desenvolvimento do feto, ao trabalho de parto e à saúde do bebê. Nas falas das gestantes, relacionadas à percepção em relação à doença, evidenciou-se o fator “*medo*”, uma vez que todas as gestantes usaram tal palavra em suas respostas, pois ao responderem sobre suas reações ao receberem o diagnóstico de DM/DMG o choro foi inevitável para a maioria delas, mostrando assim, que o novo estado no qual se encontram lhes traz medos e angústias, deixando-as psicologicamente abaladas.

Os profissionais de saúde são considerados pelas mulheres como fonte segura de informação, fazendo com que estes tenham o dever de estarem aptos a esclarecê-las em relação às suas dúvidas e informa-las mais profundamente (respeitando seu nível de cognição e compreensão) sobre a sua doença, que em questão é o Diabetes Mellitus, explicando-lhes as ligações genéticas, fatores predisponentes, barreiras sociais, tratamento, sentimentos, mudanças necessárias e complicações, dentre outros. Diante disso, é necessário que sejam encorajadas a enfrentar a doença, motivadas quanto aos cuidados em relação à medicação, alimentação e atividade física, buscando aquelas que lhes proporcione bem-estar.

As principais limitações do estudo foram em relação à amostra reduzida, devido a dificuldade de encontra-las para realizar as entrevistas, já que algumas tinham seu retorno de consulta pré-natal marcado com mais de 30 dias da anterior, fazendo com que houvesse a necessidade de busca ativa

destas pacientes para a realização do estudo, bem como a dificuldade em encontrar estudos atuais acerca do tema, principalmente, abordando os fatores genéticos como fator predisponente à doença.

Sugere-se que outros estudos sejam realizados, em diferentes regiões, sobre a temática, com o intuito de contribuir para a renovação das informações e compreensão dos fatores relacionados ao DM/DMG, tanto no momento do diagnóstico quanto no tratamento, bem como possíveis relações entre tratamentos medicamentosos e o DM. Também é importante investigar como enfermeiros e outros profissionais da saúde abordam os aspectos da doença com gestantes acometidas por DM, enquanto estratégia de cuidados e melhoria de saúde, visto que são fontes primárias de informação.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, V. **Manual de história oral**. 2 ED. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.
- American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**. 2006; 29 Suppl. 1:S43-8.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes care**, v. 37, n. Supplement 1, p. S81-S90, 2014.
- ANGROSINO, M.; FLICK, U. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- BANDEIRA F., FORTI A. Diabetes Mellitus tipo 2. In: Bandeira F et al. **Endocrinologia: diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro (RJ): Editora Médica e Científica; 1998. p. 151-61
- BARDIN L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: 70ed., 2011, 229 p.
- BASSO, N.A.S et al. Insulinoterapia, controle glicêmico materno e prognóstico perinatal - Diferença entre o diabetes gestacional e o clínico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, p. 253-259, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n5/a06v29n5.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2016.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico / Agência Nacional de Saúde Suplementar. – 2. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 2007. 168 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- CAMACHO, R.S et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo: Ed. USP, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n2/a09v33n2.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2017.

- COSTA, E.S et. al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Rev. Rene.** Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 86-93, abr./jun.2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_pdf/a10v11n2.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2016.
- DUARTE, S.J.H; ANDRADE, S.M.O. Assistência Pré-Natal no Programa Saúde da Família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.10, n.1, Rio de Janeiro, 2006, pp. 121-125.
- FERRAROTTI, F. **História e história de vida**. Natal: EDUFRN, 2014.
- FLICK, U. (2009). **Introdução à pesquisa qualitativa** (3a ed., J. E. Costa, Trad.). São Paulo: Artmed. (Obra original publicada em 1995).
- FRANCIONI, F.F; SILVA, D.G.V. O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n.1, p. 105-111, mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072007000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2017.
- GIL, G.P; HADDAD, M.C.L; GUARIENTE, M.H.D.M. Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 29, n. 2, p. 141-154, 2008.
- HAPO - Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes Study Cooperative Research Group. **The New England Journal of Medicine**. Chicago, vol. 358 no. 19, may 8, 2008. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa0707943>>. Acesso em: 23 mai. 2017.
- MARUICHI, M.D; AMADEI, G; ABEL, M.N.C. Diabetes mellitus gestacional. **Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med Santa Casa**. São Paulo, v. 57, p. 124-128, 2012. Disponível em: <http://www.fcmscsp.edu.br/files/arquivos_medicos/06-AR14.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2017.
- MILECH, A. et al. **Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes (2015-2016)**. São Paulo, 2003.
- MILECH, A. et al. **Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes (2015-2016)**. São Paulo, 2016.
- MIRANDA, G.C.V; DIAS, F.M.V; BRENES, A.C. Saúde mental da mulher na gravidez e no puerpério. In: PÉRET, Frederico José Amédeé et al. **Ginecologia & Obstetrícia: manual para concursos/TEGO**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- MONTENEGRO, C.A.B; REZENDE, J. Filho. **Obstetrícia fundamental** - 12.ed. - Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2011.
- MOURA E.R,F, RODRIGUES M.S.P. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, v. 7, n. 13, p.109-118, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v7n13/v7n13a07.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2017.
- OPAS/OMS – Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde, **Representação da OPAS/OMS no Brasil apresenta panorama da diabetes no mundo**, abr. 2016. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5054:representacao-da-opasoms-no-brasil-apresenta-panorama-da-diabetes-no-mundo&catid=845:noticias&Itemid=839>. Acesso em: 12 mar. 2017.

ORTIZ, M.C.A.; ZANETTI, M.L. Levantamento dos fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em uma instituição de ensino superior. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 58-63, 2001.

PEREIRA, D.A. et al. Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n.3, p. 478-485, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago 2017.

PÉRES, D.S; FRANCO, L.J; SANTOS, M.A. Sentimentos de mulheres após o diagnóstico de diabetes tipo 2. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 1, 2008.

PORIES, WJ.; MEHAFFEY, JH.; STATON, KM. The surgical treatment of type two diabetes mellitus. **Surgical Clinics of North America**, v. 91, n. 4, p. 821-836, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0039610911000430>>. Acesso em: 07 out. 2016.

RODRIGUES, F.F.L et al . Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta. paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 2, p. 284-290, 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17ago. 2017.

SANTOS E.C.B et al. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2005 maio-junho; v. 13, n.3, p. 397-406.

SARMENTO, R; SETÚBAL, M.S.V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 12, n. 3, p.261-268, jul/set 2003. Disponível em: <<http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1260/1235>>. Acesso em: 19 jul. 2017.

SOUZA, L.J et al. Prevalência de diabetes mellitus e fatores de risco em Campos dos Goytacazes, RJ. **Arq. Bras. Endocrinologia Metabólica**, São Paulo, v. 47, n.1, p. 69-74, fev. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302003000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2017.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 jul. 2017.

VIEIRA, B.D; PARIZOTTO, A.P.A.V., Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. **Unoesc & Ciência-ACBS**, v. 4, n. 1, p. 79-90, 2013. Disponível em: <<http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/view/2559/pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

XIMENES NETO, F.R.G et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev. Bras. Enferm.** 2008;61(5):595-602.

ZUGAIB, Marcelo et al. **Obstetrícia**. 3ed., São Paulo: Manole, 2008. 1348p.

CAPÍTULO 6

PERCEPÇÃO DAS MULHERES ACOMPANHADAS POR DOULA NO PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

*Amanda Lisa Amorim Sousa
Euzamar de Araujo Silva Santana
Ruhena Kelber Abrão*

INTRODUÇÃO

O parto que antes era definido como processo natural e fisiológico, no qual a mulher atuava como a protagonista do seu corpo e que tinha o seio familiar como cenário primordial para o seu acontecimento, passou a ser institucionalizado, contando com aproximadamente 98% destes ocorrendo em âmbito hospitalar. Logo, o profissional médico é destacado como o personagem principal, realizando aproximadamente 90% dos partos, intervindo, em muitas situações, sem critérios plausíveis e de forma desnecessária, com destaque para a analgesia intraparto, aplicação endovenosa de ocitocina, episiotomia e amniotomia, originando elevados números de cesarianas e o aumento nas taxas de mortalidade materna e infantil (PEREIRA *et al.*, 2017; VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).

Dessa forma, é importante destacar que o parto é um momento de suma importância na vida da mulher, é o nascimento e o renascimento de almas, um misto de sentimentos inefável e incondicional que quando vivido de forma desumana, com dor, pesar, sofrimento e exclusão, é capaz de resultar em danos significativos no psicológico e emocional da mulher. Sendo assim, diante do exposto, se faz necessária uma assistência adequada e humana, para que tais danos sejam prevenidos e afastados (PEREIRA *et al.*, 2017).

É importante ressaltar que o modelo de atenção à parturiente e ao recém-nascido, vem sofrendo avanços exponenciais desde as últimas décadas, tanto em território nacional quanto internacional. O parto que por influência da medicalização ficou conhecido como um ato médico passou a ser questionado por uma onda de oposição. Oposição esta que destaca a importância dos resgates primitivos das mulheres de parir sem intervenções dispensáveis, desfrutando-o com prazer, amor e liberdade, visão esta, descrita como modelo de parto humanizado e necessário (CARVALHO *et al.*, 2017; PEREIRA *et al.*, 2017).

Em consonância, o Ministério da Saúde (MS) instituiu em 2000 o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), com intuito de promover uma assistência humanizada à gestante

em seu período de parturição, visando oferecer acesso de qualidade durante o acompanhamento do pré-natal e da assistência ao parto e pós-parto, bem como, atenção ao recém-nascido (MOTTA *et al.*, 2016).

Neste contexto, a Doula é apontada como a profissional sinônimo de humanização, uma vez que, por meio de métodos não intervencionistas, mas sim, por meio do acompanhamento físico, psicológico e emocional, exerce impactos positivos e essenciais na implantação da humanização no processo de parto. Desta forma, ela minimiza os procedimentos sem necessidade e/ou prejudiciais à saúde da mulher e do recém-nascido, reduzindo o número de cesarianas, realocando a parturiente como principal atriz no seu cenário de parto e disponibilizando de assistência não farmacológica para alívio da dor, variadas posições e exercícios para melhor promover a dilatação, dentre outras condutas (WOSNIAK *et al.*, 2019).

Considerando a discussão supracitada, a presente obra teve por objetivo analisar a percepção das mulheres que vivenciaram a experiência de serem acompanhadas por Doula, durante o seu processo de parturição, identificando o tipo de relação estabelecida entre as parturientes e as Doulas que as assistiram, destacando os cuidados ofertados pelas mesmas e seus impactos positivos durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato, evidenciando a importância do papel da Doula inserida neste cenário, para o resgate do empoderamento da mulher como protagonista do seu parto, bem como, identificar os fatores motivadores, que levaram as mulheres à procurar esta classe de profissionais.

Sendo assim, diante dos estudos analisados e explorados, tendo em consideração os aspectos da relevância do acompanhamento da profissional Doula na assistência humanizada à parturiente, no que diz respeito ao pré-parto, parto e pós-parto imediato, a presente obra científica pretende responder à seguinte pergunta de pesquisa: “Qual a percepção das mães acerca da assistência oferecida pela profissional Doula, baseada em suas experiências vivenciadas durante o acompanhamento no seu processo de parturição?”.

REFERENCIAL TEÓRICO

A evolução do processo de parturição

Culturalmente é sabido que diversos são os conhecimentos e experiências acerca da maternidade e do processo de parição, dos cuidados que a gestante deve se atentar durante o ciclo gravídico e das etapas e procedimentos fundamentais para que a mulher possa parir (SILVA; CORRÊA-CUNHA; KAPPLER, 2018). O parto era compreendido como um acontecimento social e cultural, um evento que tinha a mulher como protagonista, abrangia o cenário domiciliar e o

aconchego do seio familiar. O início da historicidade da assistência ao parto foi marcado por parteiras, que por meio de experiências e conhecimentos empíricos adquiridos com o tempo e perpetuados por gerações, auxiliava sem intersetão, a parturiente nesse fenômeno importante da natureza da mulher (FILGUEIRAS; FARIA, 2019).

No entanto, com o passar dos anos e o crescente desenvolvimento, o parto passou a ser visualizado como um evento de risco exponencial, tanto para a mãe quanto para o bebê, sendo necessário, o desenvolvimento de novas técnicas e intervenções para a diminuição de mortes maternas e infantis, além de minimizar o sofrimento experienciado pela mulher no momento de parturição, dando assim, visibilidade para atuação médica em casos de partos que evoluíam para complicações (PALHARINI, 2018).

Ao final do século XX, com o crescimento da ciência médica, o surgimento de regras atuais de assepsia aliado à melhorias na urbanização, pavimentação e saneamento básico, além de dispositivos tecnológicos e materiais esterilizados, foram marcos preponderantes para a recomendação de hospitais como local adequado para a realização de partos (PALHARINI 2018). Esse evento, que antes era compreendido como natural e fisiológico e que contava com a intervenção médica somente nos casos de complicações, sofreu uma sucessão de mudanças, resultando no desaparecimento da autonomia da mulher sobre seu corpo e suas escolhas. Tornando-se uma prática médica, realizada no âmbito hospitalar, excluindo deste cenário as parteiras, o afeto familiar, sobressaindo muitas vezes, a solidão das mulheres no momento do parto (FILGUEIRAS; FARIA, 2019).

Segundo Duarte (2016) apesar da estrutura hospitalar ser considerada a mais adequada para ser palco do processo de parto, as limitações impostas nesse cenário atingiam consideravelmente o psicológicos das parturientes, uma vez que sua família era vetada de participar desse momento marcante em suas vidas, por falta de estrutura física suficiente para comportar as grávidas e seus familiares, sendo obrigadas a compartilharem salas de pré-parto sem privacidade e com a ausência de acompanhantes para atenuar a situação.

Dentre todas as motivações que permearam a institucionalização do parto, as elevadas taxas de mortes materna e infantil foram preponderantes para o abandono do cenário domiciliar e reafirmação da medicalização (DUARTE, 2016). A falta de conhecimento científico e aparatos técnicos limitava a assistência das parteiras em casos de emergências nos partos, oferecendo riscos reais ao binômio mãe/bebê, reforçando a necessidade de intervenções médicas, visto que, estes desfrutavam de técnicas assépticas em constante processo de aperfeiçoamento, assim como analgesias e o exclusivo domínio de realizar cirurgias que possibilitavam a retirada do bebê em

partos que ofertava risco a mãe e ao Recém-Nascido (RN), contribuindo, dessa forma, para o salvamento de vidas no momento do parto e nascimento (PALHARINI, 2018).

No entanto, embora o movimento de medicalização tenha contribuído positivamente para a diminuição da morbimortalidade materna e infantil decorrentes de emergências obstétricas, também abriu espaço para implantação de práticas desumanizantes de violências contra a mulher, com a realização de procedimentos médicos dispensáveis e desrespeito dos direitos e vontades da parturiente sobre seu corpo (CORTÊS *et al.*, 2018).

Porquanto, a inserção da medicalização que tinha como proposta civilizar a cultura do parto, minimizar o sofrimento da parturiente e diminuir o número de morte materna e neonatal, por meio de recursos tecnológicos e profissionais com competência técnico-científico, os então médicos, entretanto, resultou em assistências robotizadas, com aumento na realização de intervenções desnecessárias (NICIDA, 2018).

Nesse contexto, as complicações durante o parto que antes eram uma exceção, passaram a ser vista como uma possibilidade recorrente. Na sequência, as gestantes foram transformadas em pacientes, onde a natureza da mulher não mais era respeitada e a expulsão do bebê que comumente e fisiologicamente deveria ser por via vaginal, permitindo o nascimento do filho e renascimento da mãe, transformaram-se, em partos permeados de protocolos a serem seguidos e repletos de intervenções.

A partir disso a mulher passou a ser restrita ao leito durante as etapas do parto, sendo submetida à aplicação de ocitocinas sintéticas via endovenosa, com intuito de provocar aumento das contrações uterinas e à prática de episiotomia (incisão no períneo), entre outras, quando não submetida a procedimento cirúrgico desnecessário (MENEZES; EDUARDO, 2017), consistindo na realização de incisão na parede abdominal em região supra púbica, a fim de permitir acesso ao útero, com a finalidade de retirada do concepto, o então parto cesariano, que teve seu aumento exponencial, resultando na falta de respeito ao tempo da mulher, do bebê e na ausência de humanização (FILGUEIRAS; FARIA, 2019).

Concomitante a isso, a comunidade internacional de saúde estabeleceu desde 1985, a taxa de 10% a 15% como percentual ideal para a realização de cesarianas. Contudo, a realidade vigente é outra, o Brasil ocupa, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a segunda posição no ringue mundial, com realização de 55% de cesarianas, ficando atrás somente da República Dominicana, com 56% dos casos, sendo, que cerca de 40% destas ocorrem em redes públicas de saúde e 85% em âmbitos privados. A OMS destaca ainda, que taxas acima de 10% não apresentam efetividade no que diz respeito à redução da morte materno e infantil e que a execução de cesarianas onde não há risco

de vida para o binômio materno-fetal não traz benefícios, mais sim, a banalização da real natureza do parto e perda da autonomia da mulher nesse processo (COSTA *et al.*, 2019; BRASIL, 2018).

Todavia, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), nos últimos 20-30 anos, a prática médica vem sofrendo mudanças positivas no que diz respeito ao processo de parto. Com ênfase, na tentativa de resgatar o real sentido da vivência do parto como um evento cultural, social e natural da mulher, foram minimizadas as intervenções obstétricas desnecessárias, antes sofridas (BRASIL, 2017).

Dessa maneira, contrapondo a medicalização, em 2003 o Brasil foi palco da criação da Política Nacional de Humanização (PNH), objetivando a transformação da assistência ofertada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), valorizando e visualizando o sujeito de forma holística, respeitando sua singularidade, de forma a estabelecer uma intercomunicação qualificada entre gestores-trabalhadores-usuários, norteados por princípios e diretrizes que visam a corresponsabilidade, protagonismo e a autonomia do sujeito, permitindo o estabelecimento de vínculo solidificado entre profissional e usuário, refletindo na satisfação de ambas as partes (SILVA; CORRÊA-CUNHA; KAPPLER, 2018).

Com isso, o processo de resgate para atuação da parturiente como atriz principal do Trabalho de Parto (TP), proporciona a participação da mesma nas tomadas de decisão, atendendo suas preferências e expectativas, devolvendo assim, a autonomia que lhes fora tirada. Diante disso, é notório que tais mudanças são caracterizadas por uma assistência humanitária, que visa a diminuição de intervenções dispensáveis, levando em consideração os aspectos emocionais e socioculturais no TP (BRASIL, 2017).

O Ministério da Saúde destaca ainda, a proficiência da presença de um acompanhante durante a estadia da parturiente no hospital, sendo contributivo para o melhor enfrentamento do trabalho de parto, uma vez que este fornece tranquilidade e suporte emocional à gestante, minimizando assim, o sofrimento e ansiedade. Porquanto, a implementação da humanização frente à gestante e o seu processo de parto, impulsionou além do direito a qualidade na assistência prestada durante o pré-natal, parto e puerpério, como também, a preservação do direito e autonomia da mulher, estando assegurada pela Lei Federal Nº11.108 de 07 de abril de 2005, com o direito de ser acompanhada em todas as fases do parto, sendo o acompanhante de sua escolha e preferência (BRASIL, 2017; SILVA; CORRÊA-CUNHA; KAPPLER 2018).

Ademais, a presença de uma profissional treinada e apta a desenvolver medidas alternativas para o enfrentamento dos diversos sentimentos vivenciados pela parturiente, contribui significativamente e de forma complementar para a diminuição do tempo de TP, número de partos cirúrgicos e uma probabilidade menor de depressão puerperal (SILVA; CUNHA; KAPPLER, 2018).

Em complemento ao exposto supracitado, para a continuidade na aplicação da assistência humanizada à mulher em TP e demais fases do parto, todo e qualquer procedimento que a equipe que lhe acompanha julgar ser necessário, deve ser exposto à parturiente, afim de a mesma participar ativamente das decisões do seu processo de parição, permitindo melhor acesso a informações da evolução do TP, promoção do contato mãe-bebê de imediato, assim como um ambiente acolhedor e empático (SILVA; CUNHA; KAPLER, 2018).

Importante destacar que independente do parto que a mulher vivenciará, a humanização deve ser implementada e integralizada em sua totalidade, de forma a acolher efetivamente e qualificadamente a parturiente, fornecendo informações acerca dos riscos que estará exposta e evitando ao máximo, intervenções dispensáveis que possam vir a ocasionar trauma à mesma ou ao bebê (BRASIL, 2017).

A representação da Doula

A palavra Doula vem de origem grega, tendo como significado “mulher que serve outra mulher”. A Doula é descrita como uma profissional sem capacidade técnico-científica na área da obstetrícia e que não substitui a presença de uma equipe de saúde capacitada para prestar assistência à grávida e ao recém-nascido, nesse momento ímpar da vida da mulher. No entanto, é uma acompanhante treinada, apontada pelo Ministério da Saúde como suporte fundamental, que minimiza o sofrimento e traz conforto à mulher no momento do parto (FILGUEIRAS; FARIA, 2019; ALMEIDA; SIQUEIRA; PEREIRA, 2017).

O trabalho desempenhado pela Doula abrange tanto a gestante quanto a puérpera, pois o acompanhamento desta profissional engloba cuidados no pré-parto, intraparto e pós-parto imediato, fornecendo uma assistência conduzida por recursos naturais e pautada na humanização do serviço. Para isso, a Doula utiliza de técnicas não farmacológicas, ofertando massagens; banhos com água morna; técnicas de respiração para alívio das dores e conforto, sugerindo movimentos e posições que auxiliem no progresso do trabalho de parto e reduza sua duração; fornece um ambiente tranquilo, aconchegante, com músicas relaxantes, incensos, pouca iluminação; auxilia no primeiro contato mãe-filho e na amamentação; além de oferecer apoio emocional e psicológico à parturiente e seus familiares; bem como, ajudando a estabelecer vínculos entre a equipe e a mulher (SILVEIRA, 2017).

Desse modo, para ser uma Doula os requisitos necessários incluem, possuir idade igual ou superior a 18 anos, ser mulher, com ou sem formação superior, que tenham vivenciado a experiência da maternidade, mas que não necessariamente precisa ser mãe, sendo importante realizar curso de capacitação e praticar na área, se tornando apta a acompanhar a mulher em seu período gravídico.

Vale destacar, que a Doula não é uma profissional da saúde, o que não exclui a possibilidade de uma profissional desta área se capacitar e atuar (SILVEIRA, 2017).

No tocante à enfermagem, cabe destacar, que tais profissionais surgem como importantes protagonistas em capacitações obstétricas pautadas na humanização, justificadas pela necessidade contínua de ofertar um serviço holístico, eficaz e complexo. Desse modo, as enfermeiras que optam por formação em Doula certamente poderão contribuir de maneira significativa na assistência, uma vez que, passam a conquistar a confiança das mães, ao resgatarem o processo fisiológico do parto, a influência da fé, as tradições de vida, o conhecimento das parteiras tradicionais e valorizarem as percepções intuitivas e femininas das mulheres atendidas (JÚNIOR *et al.*, 2015; HERCULANO *et al.*, 2018).

Partindo desse princípio, Filgueira e Faria (2019) apontam como aspecto importante na oferta de condutas humanitárias à mulher no seu período gravídico, os cuidados ofertados pela Doula. Profissional esta, reconhecida pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) por título de número 3221-35, que tem como responsabilidade fornecer suporte físico e emocional à gestante no pré-parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2018).

Segundo Luz (2016) tais profissionais passam a ter enfoque na prática de humanizar, devido a singularidade proposta na atuação de suas práticas e aos múltiplos papéis desempenhados. De modo que, elas passam maior tranquilidade aos sujeitos envolvidos, promovem segurança no parto, oferecem cuidado e educação continuada, uma vez que são norteadas pelas políticas de humanização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Atuação da Doula no processo de parturição

No que concerne à inserção e à atuação das profissionais Doulas nos serviços de saúde direcionados à mulher, em suas diversas etapas do processo de parto, destacam-se especialmente por levarem em consideração os princípios da longitudinalidade, da integralidade, da abordagem familiar e do enfoque comunitário, fato este que tem favorecido o desenvolvimento de políticas públicas de saúde voltadas para a humanização e a integração da relação mãe-filho, o que propicia maior vínculo entre estes. Desse modo, as Doulas passam a oferecer maior suporte emocional, psicológico e físico, desde o pré-natal até o puerpério imediato (LUZ, 2016).

Filgueiras e Faria (2019) expõem que a profissional Doula não tem competência tecnicocientífica para atuar em nenhum procedimento médico, não substituindo também, os demais profissionais da saúde que compõem a equipe de assistência ao parto, nem mesmo o acompanhante que é direito da grávida, sendo assim, uma figura inteiramente somatória a equipe, com suas

essenciais ajudas. Logo, esta profissional não tem responsabilidades na tomada de decisão durante o parto, mais fornece assistência contínua e de aspectos variados (TEIXEIRA, 2003), sendo:

- Emocionais: com suporte aos sentimentos experienciados pela parturiente no momento do parto, oferecendo apoio por intermédio de frases de afirmação - “você consegue”, “você é capaz”, “é só uma fase”, “você é forte”, “você se preparou para isso”, “seu corpo é preparado para passar por esse momento”, “seu bebê está chegando, conversa com ele”... Buscando assim, deixar a mulher amparada e com sentimento de pertencimento a algo e alguém, além de empatia diante do momento que por ela precisa ser enfrentado, permeada de apoio e humanização por quem lhe acompanha (FILGUEIRAS; FARIAS, 2019).
- Físicos: com técnicas não farmacológicas para o enfrentamento e alívio das dores, desde a fase prodrômica até as demais fases do TP, incluindo massagens na região sacral; incentivo à deambulação; exercícios respiratórios, na bola suíça, barras e banquinho; danças; banhos mornos com aromatizantes; ambiente calmo e auxílio na escolha da parturiente sobre a melhor posição para a expulsão do concepto seja ela sentada, em pé, de cócoras ou deitada; dissociando assim, a regra de que a posição adequada para o parto imposta após o movimento de medicalização, seja somente a litotômica ou posição ginecológica (SILVEIRA, 2017).
- Espiritual: fornecendo ambiente acolhedor e que acentue sua fé (louvares, objetos...) independentemente de qual seja sua religião, dando espaço para a parturiente se apegar com forças maiores que perpassam a vida terrena e lhe tranquilizam, de uma forma não questionável. Oferecendo um suporte espiritual, atuando como intercessora e sendo um espécime de anjo da guarda da gestante em seu TP (TEXEIRA, 2003; RODRIGUES; COELHO; SILVA, 2015).
- Energética: com trocas de energia e compartilhamento de forças por intermédio do toque, onde a Doula não desampara e segura nas mãos da gestante, ato simples, mas preponderante para a conexão que já está estabelecida fluir e perpassar a dor vivenciada pela parturiente; além do abastecimento corporal por meio de chás e alimentos leves, mas que forneçam nutrição e energia e que seja do gosto da gestante, dando-lhe prazer no ato de comer e saborear, desvinculando-se da dor do TP e lhe proporcionando encorajamento no enfrentamento do momento experienciado (TEXEIRA, 2003; SILVEIRA, 2017).

Em conformidade, o Ministério da Saúde em 2006 regulamentou a função da Doula por meio da Portaria 971, que originou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICs), com o objetivo de garantir a prevenção, promoção e reabilitação da saúde através de ações minimamente intervencionista. Dessa maneira, tais práticas, têm como intuito resgatar a importância da

mulher como o principal agente na tomada de decisão do seu corpo e da sua saúde, onde a autonomia e autocuidado sejam estimulados e preservados.

METODOLOGIA

Mediante o objetivo central deste estudo de avaliar a percepção das mulheres que tiveram acompanhamento da profissional Doula durante a gestação, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, optou-se por utilizar a metodologia de natureza exploratória, descritiva com abordagem qualitativa.

De acordo com Prodanov e Freitas (2013) e Gil (2008) entende-se por exploratória, a pesquisa que visa a proximidade maior com o problema a ser estudado, tendo como objetivo, facilitar a compreensão por meio de informações e/ou construções de hipóteses, assim como, orientar quanto à fixação e delimitação do tema a ser pesquisado e construção do estudo.

Por outro lado, a pesquisa descritiva compreende ao registro e descrição feita a partir de dados analisados, sem a interferência ou manipulação dos fatos observados pelo pesquisador, no qual é verificada a origem do fato, a periodicidade, como acontece e as relações com outros episódios. Desse modo, para a realização da coleta de dados, o pesquisador utiliza técnicas como a aplicação de questionário, formulário, entrevista e por meio da observação, procurando assim, categorizar, explicar e compreender as situações que surgem, sem alterar seu resultado (PRODANOV; FREITAS, 2013).

A abordagem qualitativa trabalha o contexto da pesquisa de forma maleável e adaptativa, onde os seus resultados podem flutuar ao decorrer da pesquisa, assim como, evoluir, já que a subjetividade caracteriza tal abordagem demonstrando emoções, percepções, motivos, espiritualidade, crenças, valores, atitudes e aspirações, através de perguntas abertas, ao ponto que, as particularidades sejam interpretadas e evidenciadas (MINAYO, 2013; BARDIN, 2016).

O presente estudo foi desenvolvido no Município de Imperatriz, que se encontra na região Sudoeste do Maranhão, tendo como ênfase as intuições que prestam atendimento materno e infantil. O município conta com dois estabelecimentos privados que fornecem os respectivos serviços, o Hospital Alvorada e o Hospital São Rafael, além desses já mencionados, a cidade possui o Hospital Regional Materno e Infantil de Imperatriz (HRMII), órgão público e especializado em maternidade. Ambos supracitados foram palcos dos partos das mulheres que tiveram assistência de Doulas e foram sujeitos dessa pesquisa.

Participaram do estudo nove mulheres que foram assistidas por Doula, no pré-parto, parto e pós-parto imediato, em estabelecimentos de saúde público ou privados, entre os anos de 2018 e

2020, independente do tipo de parto (natural ou cesárea). Excluídas as mães que tinham idade inferior a 18 anos e as que apesar de terem realizado acompanhamento por Doula no pré-natal, não receberam a assistência desta durante o parto.

Esta obra científica atendeu todas as recomendações estabelecidas pela Resolução N° 510 de 07 de Abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em conformidade com a respectiva resolução o presente projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Imperatriz - FACIMP WYDEN, sob Parecer n°.07/2020, respeitando assim os aspectos éticos e legais que qualquer pesquisa envolve.

As participantes foram contatadas por meio digital, através do aplicativo de comunicação *WhatsApp*, tendo as Doulas que lhes acompanharam nos seus respectivos processos de parto, residentes neste município, como mediadoras para tal contato. O público alvo deste estudo foi informado quanto aos objetivos da pesquisa e aceitaram participar do mesmo, firmando tal desejo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que lhes foram enviados através do *WhatsApp*, obtendo tal consentimento verbalmente, por meio de áudios, função esta, que o referido aplicativo de comunicação permite.

A coleta de dados ocorreu no período de setembro a outubro de 2020. Através de um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo oito perguntas abertas, obteve-se os dados desse estudo, sendo aplicado conforme a disponibilidade das entrevistadas. A realização das entrevistas se deu de forma individual, por meio da plataforma digital de comunicação supramencionada, através de áudios e tiveram a duração média de quarenta minutos, sendo posteriormente transcritas na íntegra e interpretadas por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin.

Tal análise foi empregada por meio de três etapas: a pré-análise, quando foi feita a leitura flutuante e completa, na qual os dados obtidos permitiram entender a percepção das participantes sobre a temática desse estudo; a exploração do material, fase comparativa, na qual se articulou a referência bibliográfica com o objetivo dessa pesquisa; e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, que corresponde ao corpus da pesquisa em si, quando foi destacada a semelhança entre os trechos do referencial teórico e os dados coletados nas falas das participantes, sendo analisadas e interpretadas, discutidas entre si e embasadas cientificamente, para então, formular as categorias que compõe tal pesquisa.

A partir dos resultados emergiram três categorias: “Motivos e Circunstâncias para a escolha do parto acompanhado por Doula”, “Benefícios do acompanhamento de uma Doula no trabalho de parto” e “O diferencial de um parto assistido por uma Doula”. Com o intuito de preservar a identidade das participantes, cada entrevistada foi referida nesse estudo, como “Mulher” seguido do número correspondente à ordem que foi realizada as entrevistas com as mesmas (Ex.: Mulher 1,

Mulher 2, etc.). O fechamento amostral ocorreu por saturação, levando em consideração a ocorrência de repetições obtidas nas falas das participantes em relação ao objeto do estudo.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Com base na interpretação dos dados obtidos por intermédio das falas das mulheres, por meio do roteiro de entrevista semiestruturado e os objetivos propostos por esse estudo, foi possível elencar três categorias: Motivos e Circunstâncias para a escolha do parto acompanhado por Doula; Benefícios do acompanhamento de uma Doula no trabalho de parto; e O diferencial de um parto assistido por uma Doula, que serão discutidas a seguir.

Quadro1: Categorias com base no roteiro de entrevista.

CATEGORIAS	ROTEIRO DE ENTREVISTA
“Motivos e Circunstâncias para a escolha do parto acompanhado por Doula”	1) O que motivou você a procurar por uma profissional Doula? Por intermédio de quê ou quem você conheceu essa categoria profissional? 6) Você teve outros filhos sem o acompanhamento de uma Doula? Se sim. Como você diferencia a experiência vivenciada em ambas as situações? Caso tenha um novo filho, pretende ser assistida novamente por esta profissional? Por quê?
“Benefícios do acompanhamento de uma Doula no trabalho de parto”	2) Quais técnicas realizadas pela Doula lhe trouxeram mais alívio dos sintomas durante o trabalho de parto? 5) Em quais etapas do parto a Doula lhe assistiu? De que forma isso facilitou o seu processo de parturição? 7) Qual tipo de parto você teve nas gestações anteriores? Você considera a Doula importante na a sua escolha de via de parto? 8) Você indicaria os serviços de uma Doula a outra mulher?
“O diferencial de um parto assistido por uma Doula”	3) Qual importância a Doula teve em sua vida que seu marido, mãe ou outro acompanhante não poderia ocupar? 4) Em que circunstância você percebeu o diferencial de ter tido um parto acompanhado pela Doula?

Fonte: autoria própria (2020)

Motivos e Circunstâncias para a escolha do parto acompanhado por Doula

Segundo Sampaio (2016) o parto natural é descrito como o que permite o protagonismo da mulher, afastando os procedimentos dispensáveis do cenário de parturição, permitindo autonomia e o respeito a esse marco na vida da parturiente. Tal processo compreende o nascimento do bebê por via vaginal, com o mínimo de interversões possíveis, não implicando em mais sofrimento a vida da mulher, bem como, minimizando os acometimentos ao binômio mãe-bebê.

Concomitante a isso, alguns critérios são seguidos para a escolha do tipo de parto, visando o bem-estar materno-fetal. Tal avaliação é realizada durante a evolução da gestação e/ou trabalho de parto, por meio de uma assistência de qualidade com bases em achados científicos, que priorizam a humanização do cuidado. Não sendo excluída a possibilidade de um parto cesáreo, se necessário e/ou

caso seja a vontade da mulher, desse modo, a gestante tem o direito de ter esclarecimentos sobre os riscos e benefícios do parto por via incisão supra púbica (cesariano), bem como, os motivos que por ventura a impossibilite de ter um parto normal, caso assim deseje (DUARTE, 2016).

Nesse contexto, o papel da profissional Doula é apontado como um fator preponderante para a escolha da via de parto, prevalecendo, segundo Santos (2015) os partos vaginais que por intermédio das evidências científicas, é apontando como a via fisiológica e mais benéfica, tanto para mãe quanto para o bebê. Em decorrência disso, com base nos dados coletados, acredita-se que a busca por informação sobre o parto normal contribuiu na escolha da mulher em ser assistida pela Doula, como podemos verificar nas falas a seguir:

No meu caso, eu desejava muito ter o parto normal (Mulher 01).

Eu conheci a Doula através das redes sociais, gostei do trabalho dela e como eu desejava um parto normal e o meu primeiro foi cesárea, eu quis ter um acompanhamento pra aumentar a chance de ter parto normal e não cesárea (Mulher 05).

O que me motivou a procurar por uma profissional Doula, foi primeiramente porque eu queria ter um parto normal (Mulher 07).

Porque eu queria muito que meu parto fosse normal e respeitoso, que os profissionais me dessem atenção e ouvissem a minha vontade, para mim e meu filho, a Doula me ajudou muito com que isso se concretizasse (Mulher 08).

Segundo Duarte (2016) as parturientes necessitam emocionalmente e fisicamente de uma pessoa ao seu lado no momento do parto, que lhes forneça apoio e que de forma clara, objetiva e afetiva, lhes esclareça as dúvidas e anseios diante das condutas ofertadas pela equipe, bem como, lhes transmita segurança e conforto para vivenciar o processo de parto, onde harmonicamente tais necessidades correspondem à função da Doula.

O apoio emocional e físico é de fundamental importância para a vivência do trabalho de parto de forma prazerosa, única e contributiva para um parto sem intervenções dispensáveis e desumanas. Com base nos relatos das entrevistadas, as mulheres são motivadas a buscarem por profissionais Doulas no intuito de terem um amparo emocional, físico e auxílio para o seu protagonismo no momento do parto, sendo respeitadas e atendidas conforme suas vontades, ou seja, com humanização:

Além de querer um acompanhamento de alguém que fosse cuidar principalmente do meu emocional, foi o fato de não termos família aqui na cidade [...] e precisarmos de alguém pra nos acompanhar, dando apoio emocional e físico no pré-parto, parto e pós-parto (Mulher 02).

Eu desejei muito ter um parto respeitoso [...] eu busquei muito, muito, muito, por alguém que me trouxesse mais segurança, que me entendesse e que estivesse perto de mim (Mulher 03).

Porque eu precisaria de alguém, com o apoio psicológico, emocional e profissional né, de uma pessoa que pudesse me auxiliar nesse momento (Mulher 07).

Outro ponto importante para a procura de uma Doula está atrelado ao processo de abortamento. Em uma pesquisa de cunho qualitativo realizada por Chor *et al.* (2015) sobre as experiências de mulheres com apoio de Doula durante o aborto cirúrgico no primeiro trimestre, deixou claro que 19 das 30 mulheres entrevistadas, foram acompanhadas por Doula durante o procedimento de curetagem, e em conjunto, relataram experiências positivas com as técnicas físicas e verbais utilizadas pelas profissionais Doulas durante todo o procedimento, enquanto o restante das entrevistadas que não receberam tal assistência, lamentaram não ter tido essa experiência.

Em consonância a isto, de acordo com os dados obtidos nesse estudo, uma parte das mulheres afirma que a presença dessa profissional contribui positivamente para o enfrentamento da experiência que vivenciaram anteriormente, ao sofrerem um aborto espontâneo e na intenção de sentir-se amparada para enfrentar possíveis intercorrência que por ventura viessem a surgir, como expõe a mulher 01 e 03. Em suas percepções, experienciar o procedimento de curetagem sozinha, sem entendimento das condutas que foram submetidas, foi “angustiante” e “traumático”, as Mulheres 07 e 09 afirmaram sentirem medo de perder outro filho e não terem amparo de alguém que pudesse ajudá-las:

Esse dia do aborto, que eu tive que passar por procedimento cirúrgico e tal, foi, muito angustiante, porque foi tudo muito rápido, eu fui para o hospital assim, sem saber muito bem sobre o procedimento, como iria ser e ali me deu muito medo, fiquei muito assim, angustiada mesmo (Mulher 01).

Eu tive um aborto espontâneo, onde eu tive vários traumas, e assim que fiquei sabendo que estava grávida [...], eu desejei muito ter um parto respeitoso, e receber e ter muito amor né?! Envolvido, em volta de mim (Mulher 03).

Eu tive um aborto espontâneo e eu fiz a curetagem sem acompanhamento, em uma sala sozinha (risos), por isso que eu desejei muito que o meu parto[...] fosse diferenciado (Mulher 03).

Eu tive um aborto espontâneo, eu já tinha começado a pesquisar né, porque eu sempre quis ter um parto normal, então, aí desde o começo eu já pesquisei como que eu poderia fazer, e tudo é como que as pessoas estavam fazendo, busquei na internet, vi muita gente que já utilizava né, a Doula como auxílio pra esse trabalho e aí foi que eu conheci (Mulher 07).

Eu já tinha procurado ela pra me orientar, principalmente porque eu tinha muito medo né de perder outro filho e tudo, e porque eu já tive o aborto espontâneo, então eu fico muito receosa com essa gestação, então ela me deu todo esse suporte, então foi muito bom (Mulher 09).

É de suma relevância ressaltar que o parto é um evento histórico na vida mulher, é uma etapa preponderante para o crescimento feminino, um período permeado por vários sentimentos, em especial a ansiedade e o medo, que de forma adequada devem ser contornados e trabalhados com

atenção e muito cuidado. Em contrapartida, a presença da Doula aflora os sentimentos que são reprimidos devido às circunstâncias gravídicas-puerperais, possibilitando assim, um apoio emocional, transmitindo alegria, coragem, segurança, confiança e realização, bem como, permitindo alívio físico da dor à parturiente e estabelecimento de vínculos (SILVA, 2016).

Sendo assim, nota-se que a assistência da Doula para com as parturientes, se mostra crescente e necessária, uma vez que, a busca pelas mulheres para tal assistência se caracterizou como essencial para a segurança no processo de parturição, baseada em experiências pessoais e objetivos similares quanto ao trabalho de parto bem-sucedido.

Benefícios do acompanhamento de uma Doula no trabalho de parto

Segundo Souza e Gualda (2016) são diversos os benefícios que um acompanhante pode exercer na vida de uma parturiente. Em conformidade a isso, a Lei Federal nº11.108 de 07 de abril de 2005, resguarda a mulher com a seguridade de ter um acompanhante de sua escolha no seu processo de parição. Nesse tocante, a Doula é apontada como uma profissional essencial no processo de parto e nascimento, não substituindo o acompanhante, que por Lei é garantido à mulher, mas sim, somando à equipe que fornece os cuidados necessários no processo de parturição, já que, a mesma oferta cuidados não invasivos e de comprovada eficácia no alívio e manejo da dor, bem como, na boa progressão, como um todo, do trabalho de parto.

Seguindo essa perspectiva, de acordo com os dados analisados, as mães entrevistadas expuseram técnicas utilizadas pelas Doulas que lhes acompanharam, as quais foram benéficas para o enfretamento e alívio dos sintomas advindos do trabalho de parto, como afirmam as mulheres 03, 04, 07 e 08:

Ela fez aromaterapia, umas massagens relaxantes e foi um momento muito agradável (Mulher 03).

A pressão que ela fazia aliviava bastante a dor, a dor na lombar e os banhos que ela me sugeria sempre me aliava por demais (Mulher 04).

Ela usou várias técnicas em mim, primeiro a gente fez agachamento, bola, andou, caminhou, agachou, levantou, ela fez massagem, [...] escalda pés, velas, aromas, tudo pra me tranquilizar e funcionou muito para aliviar as minhas dores (Mulher 07).

Eu ficava agachando, fazendo agachamento e ela dando compressão no meu cóccix, fazendo massagem, era o que me aliviava e eu não queria outra coisa a não ser a mão dela ali, me ajudando, me dava força e diminuía muito a dor, ah e controlando a respiração, isso foi muito importante também (Mulher 08).

Em consonância aos resultados apresentados, um estudo realizado por Duarte (2016) evidencia que entre as mulheres analisadas, a experiência daquelas que tiveram filhos

desacompanhadas de Doulas foi totalmente diferente, visto que, quando tiveram os cuidados prestados por esta categoria profissional, as orientações acerca de temas como aleitamento exclusivo, técnica correta para amamentação e cuidados com as mamas, foram abordados de maneira a sanar dúvidas e direcionar os cuidados posteriores que precisariam ter. Em conformidade à discussão supracitada, as mulheres 05 e 08 reafirmaram a importância do acompanhamento da Doula no processo gravídico, principalmente quando comparado às experiências que tiveram nas gestações anteriores, nas quais não obtiveram tal assistência, refletindo em experiências negativas, conforme relatado:

Tive um sem o acompanhamento de Doula. E foi totalmente diferente, [...] meu primeiro filho só nasceu de parto cesariano porque fui muito desinformada, eu deveria ter buscado estudar mais sobre (Mulher 05).

No meu primeiro, eu não tive acompanhamento com a Doula, e foi totalmente diferente pro do segundo, agora, que eu já tive a Doula. [...] eu fiquei tão nervosa no primeiro parto que não queria mais ter parto normal (Mulher 08).

Além disso, a Doula contribui significativamente para o resgate do conhecimento e autonomia sobre o corpo e a natureza feminina, ao proporcionar o protagonismo da mulher no cenário do parto, sendo ainda, “possível apostar em uma assistência humanizada ao parto, através do trabalho prestado pela Doula” longe de intervenções desnecessárias (FILGUEIRAS; FARIA, 2019, p. 535). Em concordância com isso, as entrevistadas desse estudo, se mostraram satisfeitas no que se refere ao respeito e cuidados que lhes foram destinados no momento do parto e que tal feito, está relacionado ao acompanhamento da Doula:

Foi a vontade de ter um parto humanizado [...] e estudando e conhecendo melhor sobre o assunto, eu percebi que ter uma Doula me acompanhando, me ajudaria muito nesse objetivo (Mulher 01).

Porque fazem o parto de fato humanizado, respeitando a mulher, as suas decisões, e apoiando com todo conhecimento que a gente necessita (Mulher 01).

Eu tive as minhas vontades respeitadas, dessa vez, que eu estava com minha Doula, me senti dona do meu parto, do meu filho, de tudo (Mulher 05).

A partir dessa perspectiva, é notório que a atuação da profissional Doula se faz fundamental e se estende a todo o período perinatal, contribuindo para a redução da morbimortalidade materno-infantil, a partir das medidas não intervencionistas por elas adotadas, uma vez que as mulheres que tem tal suporte apresentam maiores chances de evoluírem espontaneamente para partos vaginais, com menor tempo de trabalho de parto, além de diminuir as chances de fazerem uso de medicamentos e procedimentos desnecessários, favorecendo ainda, uma melhor participação dos pais nesse momento ímpar da vida da mulher (SILVA, 2018), assim como, a maior probabilidade de

permanecerem com a amamentação por mais tempo, terem uma boa relação com sua autoimagem e vínculo mãe-bebê melhorado, prevenindo a depressão puerperal (SILVEIRA, 2017).

O diferencial de um parto assistido por uma Doula

Dentro do cenário pós-parto, a saúde mental da mulher pode tornar-se mais vulnerável. Pesquisas apontam que são diversas as causas que podem predispor a mulher à depressão pós-parto e baby blues, uma alteração emocional ocorrida no puerpério, definida por quadro depressivo leve ou transitório, que habitualmente ocorre no terceiro dia pós-parto, se estendendo cerca de 2 semanas consecutivas (BRASIL, 2012); Outros fatores agravantes são as exigências exageradas feitas sobre as mães, agregadas às renúncias e a um tempo de dedicação exclusiva ao bebê, a insatisfação com relação à criança, entre outros, que podem colaborar de maneira significativa com piora dos sintomas, com o afastamento de outras pessoas e auto-exclusão, sobretudo, do filho (REHBEIN, 2014).

Nesse sentido, a Doula tem um papel fundamental em tal cenário, uma vez que seu acompanhamento é apontado como preponderante nesse quesito, sendo então contributivo para experiências exitosas na gestação, parto e pós-parto, ponto esse que é relatado pelas mães entrevistadas neste estudo. Além disso, cabe ressaltar que o preparo antes do parto é algo que as Doulas trabalham de maneira cuidadosa com as mulheres, incentivando-as ao autoconhecimento e à obtenção de informações confiáveis e conhecimentos necessários sobre tudo que envolve esse processo, com o intuito de conceder tranquilidade e segurança, facilitando assim, o enfrentamento dos sintomas advindos do trabalho de parto, quesito responsável e notável da atuação dessas profissionais que se estende até mesmo aos familiares envolvidos, como evidenciado nas falas que se seguem:

O preparo que fizemos antes, com os cursos durante a gestação, me trouxe o conhecimento em relação à fisiologia do parto, em relação à todas as fases que iria passar [...] essa parte do conhecimento, do empoderamento, nem o meu esposo, nem minha mãe, nem outra pessoa poderia trazer né?! [...] daí eu percebi a importância, principalmente do preparo antes do parto, que foi feito pela Doula (Mulher 01).

Ela foi muito importante na minha escolha, eu tinha muito medo do parto em si e meu esposo também, inclusive ele achava que seria menos riscos pra mim e pro bebê, eu ter parto cesariano né, mais ainda bem que ela tirou isso das nossas cabeças, trouxe muita informação e ao final eu sabia e queria que fosse um parto lindo e natural, ela nos deu várias dicas de materiais pra lermos, vídeos com relatos, então, nossa escolha se tornou a mais certa que poderia ser (Mulher 04).

Diferença de ter sido acompanhada pela Doula, foi o acolhimento, a segurança que ela me deu e a certeza de que tudo passa, é tudo, as aulas que eu tive com ela, o preparo psicológico, físico, tudo isso contou muito, ela me disse frases que eu lembrava durante o trabalho de parto, ela repetia durante o trabalho de parto, isso foi muito importante pra mim, foi um diferencial muito grande (Mulher 05).

Seguidamente, o importante papel da Doula junto à família é algo crucial no enfretamento do processo de trabalho de parto. É tanto que Matos (2009) destaca em estudo realizado com mulheres que tiveram o acompanhamento com Doulas e o apoio familiar, o resultado da parturição como um ato gratificante para as parturientes e familiares, uma vez que tais profissionais se mostraram cruciais em suas experiências, ao deixarem as mesmas à vontade junto ao seu acompanhante, ficando dispostas a esclarecer dúvidas ou temores, encorajando-as ou alertando sobre qualquer que fosse a eventualidade que pudesse surgir naquele momento.

Em concordância com tal autor, na atual pesquisa para os membros da família e para as mães, o acompanhamento da Doula fez total diferença, visto que o parto é um momento que leva um membro da família a compartilhar de emoções semelhantes à da mãe, no momento do nascimento de um bebê. Assim, a Doula se mostra mais uma vez favorável como acompanhante escolhido pela mulher, já que os cuidados ofertados por ela giram em torno do conforto e bem-estar da mãe, para atravessar tal momento de forma prazerosa, respeitosa e humana, envolvendo a família em tal contexto. Face ao exposto, é possível observar a distinção em ambos os acompanhamentos que a mulher recebe, destacando o diferencial e importância de ter a Doula nesse momento da vida de uma mãe, como afirmam as entrevistadas abaixo:

Vi minha família tão nervosa quanto eu, principalmente meu marido e minha mãe, e ela não! Estava calma e me acalmando, acalmando todos nós, era a serenidade que eu buscava, queria meu marido e minha mãe perto de mim, claro! Mais eu precisava muito dela, sem ela não consigo nem imaginar como eu passaria pelo nervosismo e ansiedade que estava sentindo. Ela não deixou eu me sentir só ou desamparada, nenhum momento. E me ajudou muito em tudo (Mulher 02).

O que faz diferença e o que não faz, isso me ajudou muito a ter meu filho mais rápido e da forma que eu sempre sonhei, de forma natural, isso ninguém da minha família não conseguiria me passar, eu fui muito assertiva em contratarmos os serviços dela [...] (Mulher 04).

A principal importância foi justamente o fato dela saber né, tecnicamente, do que estava acontecendo comigo, porque às vezes a mãe ou o esposo não entendem né, todas as fases e o que o corpo passa pra chegar na dilatação completa, enfim, essa foi a principal importância né, a diferença de uma Doula pra um familiar ali do meu lado, ela conhecia e sabia o que fazer, na hora certa e no momento certo (Mulher 06).

É importante destacar que a missão da Doula remete à alusão de uma prática humanizada, exercida anteriormente à institucionalização do parto e instalação do movimento medicalizado, diante da assistência à mulher e suas respectivas fases do parto. Preenche tal lacuna, por meio de um olhar holístico, com cuidados diferenciados, de características atenuantes que amenizam o sofrimento experienciado pela parturiente durante o TP, sendo o oposto do tratamento alopático e visão biomédica conhecido e ainda praticado (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE DOULAS, 2020).

Nessa perspectiva, com as boas experiências tida com uma Doula nas fases do processo

gravídico, as mães deste estudo que tiveram tal assistência, indicam com convicção essa categoria profissional a outras mulheres, visto que entendem que essa profissão envolve um perfil benéfico, voltado para a centralidade do papel historicamente desempenhado pelas mulheres, nos assuntos concernentes à gravidez, ao parto e ao pós-parto imediato, assim como relatam as mulheres 01, 03, 04, 06 e 08:

Eu indico, porque eu quero proporcionar isso pra outras mulheres, eu quero contar a minha experiência pra outras mulheres e principalmente pros homens, né?! Pra eles não serem tão resistentes a ter uma Doula do lado, porque a Doula não é só pra mulher, a Doula é pra família, né?! (Mulher 01).

Eu indicaria porque é um momento único [...], éee um momento único e ele precisa ser especial e não tem que ser traumático, éeeee, e é um momento de transformação eeee, (pausa) a doula ela te auxilia, não só fisicamente mais emocionalmente também, ela te trás informações e tudo que vivi no meu parto que foi algo maravilhoso, foi especial demais e algo que vai marcar minha vida pra sempre (Mulher 03).

Todas as mulheres deveriam ter essa profissional ao seu lado e principalmente pra aquelas que assim como eu, não tinha muito conhecimento sobre o assunto, já que era mãe de primeira viagem (Mulher 04).

Indico sim a todas as mães, indico com toda certeza e sei o quanto é importante ter um profissional que possibilita tanto esse apoio emocional (Mulher 06)

Eu indicaria sim, o serviço da Doula pra qualquer pessoa que me perguntar do parto, principalmente se a pessoa me falar que quer um parto vaginal, um parto normal e humano, eu indico ter a Doula, porque é outra coisa, é outra vida, é totalmente diferente do que você sozinha apenas com seu acompanhante normal, principalmente quando a mulher é inexperiente e não sabe nada quanto aos graus da dor (Mulher 08).

Nesse contexto, estudos evidenciam os efeitos positivos que a profissional Doula exerce sobre a vida da mulher que recebe tal assistência, como afirmam Costa *et al.* (2013) que tal acompanhamento gera um maior vínculo entre mãe/bebê, uma vez que boas experiências vivenciadas durante as fases do parto, permitem uma maior realização com o processo em si, contribuindo para a diminuição de acometimentos como depressão pós-parto, além de maior adesão ao período de amamentação e desejo por uma futura gestação (COSTA *et al.*, 2013).

Quando investigado no presente estudo sobre as experiências negativas durante a gestação e as fases atrelada ao parto, comparada às experiências exitosas vivenciadas por mães que tiveram a profissional Doula ao seu lado nesses mesmos períodos, torna-se evidente a importância da inserção desta profissional na equipe que oferta assistência à mulher nessa fase, contribuindo assim para um parto seguro e humanizado, como relatam as entrevistadas 03 e 07:

Então eu vi vários relatos, né?! De mãezinhas que tiveram filhos, no mesmo período que eu, inclusive são amigas minhas e elas me contam o que elas passaram né?! Os traumas vividos né?! Como, como, na hora do parto, de não ter tido contato com o filho na primeira hora de vida e eu percebi [...] que meu parto foi diferenciado né, porqueeee eu tive a Doula, eu tive informações, e ela me orientou em muitas coisas, então

a tranquilidade [...] (Mulher 03).

Foi muito bom minha experiência com ela, e eu tenho certeza quee outras mulheres sentiriam o mesmo e na verdade precisam do mesmo, terem a mesma experiência, sendo então diferente do que a gente ver por ai, de partos totalmente brutos, digamos assim, que não tem o consentimento da mulher, que o médico faz de qualquer jeito e traumatiza esse momento que era pra ser lindo e único, como foi o meu, mais acabam não tendo aquele zelo né, não tem aquele cuidado com a mulher naquele momento, éeeee fazem, induzem, eles cortam, então a minha experiência foi muito maravilhosa e não tem como eu não desejar que outras mulheres tenham o mesmo, elas necessitam sem sombra de dúvidas, eu não tive nada, não tive nem um ponto sequer, o meu filho foi supertranquilo (Mulher 07).

Diante do exposto, percebe-se que a efetiva e benéfica atuação da Doula à gestante, se dá devido ao vínculo preestabelecido durante o período gestacional, nas fases do parto e pós-parto imediato, intermediando uma boa experiência das parturientes com seu parto e período posterior a ele, atrelada a uma percepção diferenciada do modelo medicalizado de atenção ao parto, comumente conhecido, resgatando-o para um evento social, cultural e natural da mulher, tornando esta, protagonista novamente do seu cenário de parturição (SILVEIRA, 2017).

CONSIDERAÇÕES

Os dados aqui apresentados nos permitem evidenciar a necessidade de novas ações na atenção às gestantes, principalmente durante o parto. Uma vez que, tal análise qualitativa possibilitou o conhecimento de uma temática ainda pouco debatida na conjuntura social, que é a participação da Doula no processo de parturição. Respondendo à pergunta de pesquisa, no tocante à percepção das mulheres que tiveram o acompanhamento da profissional Doula, é notória a satisfação das mesmas em relação à assistência que lhes fora prestada, além do desejo expresso de disseminação da boa experiência que obtiveram, ao serem acompanhadas por esta profissional, com intuito ainda, de que mais mães compartilhem da mesma experiência de ter consigo, no período gestacional e de parturição, uma Doula.

Nesse sentido, destaca-se a importância da valorização e inserção da Doula na equipe de saúde que assiste à mulher em seu processo de pré-parto, parto e pós-parto, uma vez que a mesma se mostrou uma profissional aclamada pela totalidade das entrevistadas deste estudo, no tocante às experiências exitosas que tiveram. Além disso, são diversas as vantagens e benefícios apontados neste estudo que levam tais mulheres a indicarem o acompanhamento dessa profissional, tendo como principais delas a humanização, a redução da dor, apoio na escolha da via de parto, segurança e acessibilidade, nessa fase.

Contudo, visto que a inserção da Doula no cenário de parto ainda é um dos desafios a serem enfrentados e solucionados por essa classe de profissionais, destaca-se como desafios observados

nesse estudo, a difícil contactação de mulheres que tiveram a experiência da assistência da Doula no seu processo de parturição, justamente, por que tal acompanhamento ainda é pouco difundido e aderido por todas as classes sociais, além da falta de acesso das mulheres à Doula, sendo o desconhecimento por parte das mães do papel da Doula no seu acompanhamento, também um empecilho. Outro entrave detectado foi a reduzida quantidade de profissionais atuantes nessa área na cidade na qual desenvolveu-se o estudo.

Em função disso, se faz necessária a elaboração de materiais científicos com direcionamento para a importância da Doula no processo de parto humanizado, destacando as melhorias que essa profissional exerce na vida da parturiente. Evidenciando desta forma, os benefícios resultantes da inserção da Doula na equipe de assistência à gestante, na saúde pública, para consolidar o direito e oportunidade de todas as mulheres grávidas à escolha de um parto humanizado e singular, bem como incentivar por meio dessas pesquisas, o necessário conhecimento das mulheres sobre o direito de serem bem acompanhadas e tratadas, com total autonomia e dignidade, em todas as etapas que envolvem a maternidade, além do progresso científico acerca dessa temática.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K. C. S.; SIQUEIRA, H. C. H.; PEREIRA, Q. L. C. Benefícios de acompanhante treinada durante o processo de parturição: revisão integrativa. **Journal of Nursing and Health**, v. 7, n. 2, p. 199-212, 2017. Disponível: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/9121>>. Acesso em: 13 de Janeiro de 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa. Edição 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Departamento de Informática do Sus – DATASUS**. Cadastro Nacional de Estabelecimentos- CNES. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 10 de Março de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde; **Lei do Acompanhante**. 2017. Disponível: <<http://www.saude.gov.br/artigos/811-saude-do-homem/40638-lei-do-acompanhante>>. Acesso em: 13 de Janeiro de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde; Secretaria de Ciência; **Tecnologia e Insumos Estratégicos**; Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. 2017. Disponível: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal>. Acesso em: 13 de Janeiro de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de atenção básica nº 32. 2012. Disponível em: <

http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/CAB_32.pdf>. Acesso em: 16 de Dezembro de 2020.

BRASIL, Ministério do Trabalho; **CBO: Classificação Brasileira de Ocupações**. Doula. 2018. Disponível: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf>>. Acesso em: 13 de Janeiro de 2020.

CARVALHO, N. A. R. DE; MONTE, B. K. DA S.; SOARES, M. C.; NERY, I. S. Experiência de acadêmicos de enfermagem na promoção do parto humanizado. **Revista Em Extensão**, v. 16, n. 2, p. 253-263, 28 fev. 2018. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/revextensao/article/view/41315> >. Acesso em: 04 de Fevereiro de 2020.

CÔRTEZ, C. T. *et al.* Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, p. e2988-e2988, 2018. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rlae/article/view/144192>. Acesso em: 22 de Maio de 2020.

COSTA, M. M. da *et al.* **Taxa de cesáreas e suas indicações em maternidades de alto risco da capital de Alagoas**. 2019. Disponível em: <<https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/handle/set/2708>>. Acesso em: 10 de Fevereiro de 2020.

COSTA, M. G. de F *et al.* Apoio emocional oferecido as parturientes: opinião das Doulas . **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 2, n.3, p.18-31. 2013. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/465/430>>. Acesso em: 20 de dezembro de 2020.

CHOR, J *et al.* **Experiências de mulheres com apoio de doula durante o aborto cirúrgico no primeiro trimestre: um estudo qualitativo**. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26480890/>. Acesso em: 12 de dezembro de 2020.

DOULA o que é?: Despertar do Parto. Ribeirão Preto- SP: **Associação Nacional de Doulas**, 2020. Disponível em: <https://www.despertardoparto.com.br/o-que-eh-doula.html>. Acesso em: 24 Maio 2020.

DUARTE, C. N. B. **Processos identitários e saúde reprodutiva** : estudos com um grupo de doulas, 2016. Disponível em: <http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_8336_Duarte,%20Camila%20Nogueira%20Bonfim%20-%20Disserta%E7%E3o%20vers%E3o%20digital.pdf>. Acesso em: 04 de Fevereiro de 2020.

FILGUEIRAS, A. C. C.; FARIA, H. M. C. O resgate do saber feminino no parto: o acompanhamento da doula através de um olhar gestáltico. **Cadernos de psicologia**, v. 1, n. 1, 2019. Disponível: <<https://seer.cesjf.br/index.php/cadernospsicologia/article/view/1999/1294>>. Acesso em: 14 de Janeiro de 2020.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HERCULANO, T. B. *et al.* Doulas como gatilho de tensões entre modelos de assistência obstétrica: o olhar dos profissionais envolvidos. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 702-713, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42n118/702-713/>>. Acesso em: 24 de Fevereiro de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conheça Cidades e Estados do Brasil**. [S. l.], 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/imperatriz/panorama>. Acesso em: 11 fev. 2020.

JÚNIOR, A. R. F. *et al.* Percepções de profissionais de enfermagem sobre a humanização em obstetrícia. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 14, n. 2, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0048.pdf>>. Acesso em: 24 de Fevereiro de 2020.

LUZ, L. D. P. da. **Inserção e atuação das doulas no sistema único de saúde: uma metassíntese**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso. Disponível em: <<https://dspace.unila.edu.br/bitstream/handle/123456789/632/Monografia%20-%20Inser%C3%A7%C3%A3o%20e%20atua%C3%A7%C3%A3o%20das%20doulas%20no%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde.%20UNILA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 22 de Fevereiro de 2020.

MATOS, S. T. **Gravidez e parto acompanhados por uma doula: Experiência e satisfação**. 2009. Tese de Doutorado. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/4444>. Acesso em: 21 de Novembro de 2021.

MENEZES, C. A. S. de; EDUARDO, J. Maternidade Climério de Oliveira. Universidade Federal da Bahia. **Parto cesariano**. Hospitais Universitários Federais (EBSERH). Bahia, 2017. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/215335/4407336/Protocolo+Parto+Cesariano.pdf/4acab852-c3d1-461a-9a25-0f3349d283b5>. Acesso em: 21 de Maio de 2020.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MOTTA, S. A. M. F. *et al.* Implementação da humanização da assistência ao parto natural. Ver. **Enferm. UFPE online**. Recife, v. 10, n. 2, p.593-9, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/16919>>. Acesso em: 05 de Fevereiro de 2020.

NICIDA, L. R. de A. A medicalização do parto no Brasil a partir do estudo de manuais de obstetrícia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.25, n.4, p.1147-1154, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702018000401147&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 de Fevereiro de 2020.

PALHARINI, L. A; FIGUEIRÔA, S. F. de M. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, n. 4, p. 1039-1061, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702018000401039&script=sci_arttext. Acesso em: 22 de Maio de 2020.

PEREIRA, S. B. *et al.* Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1313-1319, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672018000901313&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 03 de Fevereiro de 2020.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico-2ª Edição**. Editora Feevale, 2013. Disponível em:

<<http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf/>>. Acesso em: 13 de Fevereiro de 2020.

REHBEIN, M. P. **Feminilidade e depressão pós-parto**. 2014. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17736/1/2014_MauroPioliRehbein.pdf. Acesso em: 07 de Janeiro de 2021.

RODRIGUES, F. D. L.; COELHO, S. H. A.; DA SILVA, L. R. Gestantes e o excesso de intervenções dos profissionais da saúde na parturição. **Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC)**, v. 6, 2019. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/eedic/article/view/3794>. Acesso em: 23 de Maio de 2020.

SAMPAIO, C. D. N. **Parto normal x cesariana: Mitos e Verdades**. 2016. Trabalho como requisito parcial para aprovação do curso de enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, Sinop, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26480890/>. Acesso em: 11 de novembro de 2020.

SANTOS, S. **A busca pelo parto natural e motivações para o preparo do assoalho pélvico com epi-no**. 2015. Dissertação mestrado. Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/3282/6683.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 de novembro de 2020.

SILVA, R. M. da *et al.* Uso de práticas integrativas e complementares por doulas em maternidades de Fortaleza (CE) e Campinas (SP). **Saúde e Sociedade**, v. 25, p. 108-120, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2016.v25n1/108-120/pt/>. Acesso em: 13 de Fevereiro de 2020.

SILVA, L. C. C.; CORRÊA-CUNHA, Elza Francisca; KAPPLER, Stella Rabello. Percepção de mulheres sobre o parto e o papel da doula. **Psicologia Revista**, v. 27, n. 2, p. 357-376, 2018. Disponível em: <http://ken.pucsp.br/psicorevista/article/view/34156>. Acesso em: 23 de Maio de 2020.

SILVEIRA, R. C. da. **Atuação da doula durante o ciclo gravídico-puerperal**. 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/182423>>. Acesso em: 10 de Fevereiro de 2020.

SOUZA, S. R. R. K.; GUALDA, D. M. R. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072016000100309&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 10 de Fevereiro de 2020.

TEIXEIRA, M. **A doula no parto: o papel da acompanhante de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente**. São Paulo: Ground, 2003.

VARGENS, O. M. da C.; SILVA, A. C. V. da; PROGIANTI, J. M. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 1-8, 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/1277/127749356016.pdf>>. Acesso em: 06 de Fevereiro de 2020.

WILSON, S. F *et al.* **Doulas para tratamento cirúrgico de aborto espontâneo e espontâneo: um**

ensaio clínico randomizado. 2016. . Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27612588/>. Acesso em: 12 de Dezembro de 2020.

WOSNIAK, T. C. *et al.* Doulas voluntárias em uma maternidade escola na Região dos Campos Gerais: a visão dos profissionais. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 1, p. 32-41, 2019. Disponível em: <<http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2324>>. Acesso em: 05 de Fevereiro de 2020.

CAPÍTULO 7

O PAPEL DA ENFERMAGEM NO ALEITAMENTO MATERNO

*Poliana Vilela Ferreira
Patrícia da Silva Oliveira
Wanna Thaylha Silva Brito
Mikael Henrique Batista de Jesus
Euzamar de Araujo Silva Santana
Mízia Saraiva dos Santos
Ruhena Kelber Abrão Ferreira*

INTRODUÇÃO

A enfermagem é a categoria que trabalha frente a frente com os pacientes, promovendo cuidados físicos e, muitas vezes, auxiliando-os de forma psicológica a atravessarem as situações em que se encontram inseridos. Sabendo disso, é visto que, a enfermagem atua diretamente com parturientes e puérperas, mostrando a fundamentalidade de uma assistência direcionada ao aleitamento materno. A habilidade de amamentar está ligada a fatores físicos, psicológicos e sociais, sendo a influência de um profissional capacitado neste momento, de grande importância (BATISTA *et al.*, 2013).

Compreende-se que, a saúde materna está relacionada de forma direta com inúmeras alterações corporais internas e externas, sendo a lactação um acontecimento complexo que necessita de mudanças hormonais e mecanismos adaptativos para que se tenha o meio propício para desempenhar a amamentação. Caso contrário, não havendo as adaptações e mudanças necessárias, alterações negativas podem surgir e ocasionar danos físicos ou emocionais que percutem por uma vida (MESQUITA *et al.*, 2016).

Inquestionavelmente, a enfermagem deve estar apta a perceber a singularidade do momento e a premência de expandir a percepção da mulher perante o aleitamento materno, visto que, um ser biopsicossocial, demanda ser entendida e assistida de maneira holística, visando o progresso como mulher e mãe, enfocando na interdisciplinaridade (CHAVES *et al.*, 2019).

Desde os tempos antigos, o leite materno é considerado a principal fonte de alimentação para crianças, exclusivamente até os seis meses de idade. É ideal para o crescimento e desenvolvimento saudável dos lactantes, atendendo de forma completa todas as necessidades fisiológicas da criança, devendo ser estendido até os dois anos de vida, pois são comprovados seus benefícios na saúde materna e infantil (MARINHO; ANDRADE; ABRÃO, 2016).

Infelizmente, ainda há uma baixa adesão ao aleitamento materno, a qual deve ser dada a devida atenção, já que o êxito do aleitamento advém de muitos fatores, entre eles, orientações de profissionais de enfermagem no período de pré-natal, antes do nascimento e no pós-parto, tendo como enfoque principal preparar a mulher para realizar de maneira correta a pega da criança, fortalecer sua autoconfiança, diminuir as preocupações e angústias e ajudá-la a superar as dificuldades que surgem com a amamentação, uma vez que, quanto mais instruída e entendida do assunto, mais fácil será para compreender e vencer os obstáculos desse processo (MARINHO; ANDRADE; ABRÃO, 2016).

Portanto, vê-se quão necessária se faz a assistência de enfermagem frente ao período de aleitamento materno, ensinando, orientando, incentivando, ajudando a superar as dificuldades que surgem com esse processo que é fisiológico e benéfico para ambas as partes, precisando apenas que sejam assistidos como seres capazes de conquistar seus ideais (BATISTA *et al.*, 2013).

A assistência de enfermagem voltada ao aleitamento materno é um tema de fundamental importância, visto que muitas mulheres iniciam o aleitamento, mas, finalizam antes do primeiro mês de vida da criança. Compreender porquê isso ocorre é essencial, para que se possa trabalhar para efetivar as orientações e condutas corretas durante o aleitamento materno (MESQUITA *et al.*, 2016).

A enfermagem mostra-se relevante nesse processo, pois, muitas vezes informações errôneas sobre a amamentação são transmitidas à população, vindas até mesmo de profissionais da saúde, nesse sentido, é dever da enfermagem mostrar a eficácia do leite materno e seu reflexo na saúde da criança e da mãe. Por isso, é de suma importância a equipe de enfermagem acolher mães e bebês e se mostrarem disponíveis para escutá-las e esclarecer dúvidas, medos, angústias e aflições e incentivar a persistência no aleitamento materno, assistindo cada caso em suas peculiaridades e singularidades.

Deste modo, o objetivo primário deste estudo é demonstrar a produção científica acerca do aleitamento materno, constatando se o mesmo é essencial e as possibilidades de ser substituído. Algumas indagações foram realizadas como norteadoras do estudo, quebrar a cultura de que crianças não precisam ser amamentadas e que os nutrientes podem ser encontrados em outros alimentos, é necessário? Visto que o Ministério da Saúde tem preconizado até os seis meses de vida somente o leite materno.

METODOLOGIA

Compreendendo a complexidade de informações pertinentes à grande área Ciências da Saúde, tornou-se de suma importância a elaboração de meios, na pesquisa científica, aptos a delinear etapas

metodológicas mais lacônico, permitindo aos profissionais, uma utilização da ferramenta de maneira a explicar uma vasta gama de estudos (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

O presente estudo se trata de uma revisão integrativa da literatura científica, no qual foram utilizadas ferramentas que permitissem agrupar resultados concernentes à área da saúde e atuação da Enfermagem. Utilizaram-se bases de dados *online*, desenvolvendo cinco etapas primordiais para a preparação da pesquisa: definição do problema, sondagem dos estudos, avaliação dos dados, conjectura e explanação dos dados e exposição dos resultados.

A pesquisa pelos artigos foi estabelecida nas bases de dados do *Google Scholar*, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e bases de dados do Centro de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Portal Capes). Neste último, pesquisamos utilizando o *login* e senha de um dos autores, tendo em vista que o mesmo é servidor público federal e faz parte da Comunidade Acadêmica Federada (CAFe). O serviço oferecido pela Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) possibilita o acesso remoto aos conteúdos científicos assinados pela Capes e disponíveis no Portal de Periódicos.

Em relação ao espaço temporal, foi abrangido o período de 2010 a 2019, através dos quais foram examinados à elucidação e traçada a estrutura dos conceitos e questões a serem trabalhadas e perscrutadas na atual pesquisa. Para desenvolver o estudo usaram-se critérios de inclusão: artigos publicados entre 2010 a 2019 em idioma português do Brasil.

Em seguida, o grupo de autores delimitou os meios de pesquisa e as estratégias abordadas para a busca de artigos se deram por meio dos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) sendo adotados os termos: “enfermagem”, “aleitamento materno”, “importância da amamentação” e “atuação da enfermagem”, em idioma português e inglês, com a agregação de operador lógico booleano como “AND”, apropriados em cada base de dados e em dois ciclos: buscando primeiramente pelos DeCS “enfermagem” and “aleitamento” and “materno” e por fim, “enfermagem” and “importância” and “amamentação”.

Foram encontrados inúmeros artigos que abordam o tema aleitamento materno, cerca de 430 artigos nas bases citadas, no entanto, 398 foram excluídos por não se encaixarem no critério da pesquisa, dos 32 artigos separados percebeu-se que alguns se repetiam nas bases de dados e após ler os resumos 8 foram excluídos por não coincidirem com a temática proposta, restando 24 artigos que foram lidos na íntegra e analisados, sendo destes, selecionados 11 artigos para compor a revisão, já que cumpriram com as exigências do tema proposto, conforme mostra a tabela abaixo:

Tabela 1: Apresentação dos dados pesquisados conforme metodologia integrativa:

Bases de dados	Artigos encontrados	Selecionados após leitura dos títulos	Realizada a leitura dos resumos	Selecionados após leitura do resumo	Selecionados após leitura completa
<i>Scielo</i>	88	50	31	14	5
<i>Google scholar</i>	289	30	19	12	4
<i>Portal capes</i>	53	16	10	6	2
Total	430	96	60	32	11

Fonte: Pesquisa intitulada: “A magnitude da prática de enfermagem frente à valorização do aleitamento materno” (2020).

RESULTADOS

Para apresentar os artigos abordados e empregados no presente estudo, adotados os critérios de inclusão e exclusão, a tabela abaixo evidenciará por meio de sua estrutura que ordena da seguinte forma: Autores da publicação, Título do Artigo, Revista/Periódico, País/Ano.

Foram utilizados artigos relevantes ao tema, que abordam a importância da amamentação e a atuação da enfermagem frente à mãe e criança e como essa assistência modifica a forma como as mães lidam com a amamentação e até mesmo a adesão, já que por mais orientações e informações disponíveis, ainda há a interrupção precoce da amamentação antes dos 4 meses, como observado nos resultados e discussões.

Tabela 2: Artigos selecionados e utilizados na elaboração do presente estudo:

AUTOR	TÍTULO	REVISTA / ANO	TIPO DE ESTUDO
CARVALHO, J. K. M; CARVALHO, C. G; MAGALHÃES, S. R.	A importância da assistência de enfermagem no aleitamento materno.	e-Scientia / 2011.	Estudo de revisão sistemática da literatura, que abordou publicações de 2004 a 2010, que contou com 16 artigos para a elaboração do estudo.
DIAS, L. M. O; <i>et al.</i>	Amamentação: Influência familiar e a importância das políticas públicas de aleitamento materno.	Revista Saúde em Foco/2019.	Estudo narrativo da literatura, ocorrendo no ano de 2018.
JUNGES, C. F; <i>et al.</i>	Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno.	Revista Gaúcha de Enfermagem/2010.	Estudo qualitativo, com amostra de 10 puérperas acerca da importância, dificuldades e fatores que ajudam ou dificultam a amamentação.
SARDINHA, D. M; <i>et al.</i>	Promoção do aleitamento materno na assistência pré-natal pelo enfermeiro.	Revista de Enfermagem/2019.	Estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência, realizado em 2017, com gestantes e puérperas acerca da amamentação e ação da enfermagem.
MACHADO, M. O. F; <i>et al.</i>	Perfil sócio demográfico e competência em aleitamento materno dos profissionais de enfermagem da	Revista Enfermagem Referência/2015.	Estudo observacional, transversal e descritivo, realizado no ano de 2010, com 85 profissionais de enfermagem.

	Estratégia Saúde da Família.		
BANDEIRA, R. L.; PEDERNEIRAS, A.	Aleitamento materno: Atuação da enfermagem na assistência ao aleitamento materno.	Revista de Divulgação Científica Sena Aires/2015.	Estudo quanti-qualitativa transversal, realizado com a equipe de enfermagem e puérperas sobre o tema amamentação, no ano de 2014.
ROCCI, E; FERNANDES, R. A. Q.	Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce.	Revista Brasileira de Enfermagem/2014.	Estudo do tipo coorte, realizado com 225 puérperas sobre as dificuldades no aleitamento materno, no ano de 2010.
SARTÓRIO, B. T; <i>et al.</i>	Instrumentos de avaliação do aleitamento materno e seu uso na prática clínica.	Revista Gaúcha de Enfermagem/2017.	Trata-se de um estudo de revisão integrativa.
CASTRO, R. J. S; SILVA, E. M. B; SILVA, D. M.	Percepção das mães sobre as práticas dos enfermeiros na promoção do aleitamento materno.	Revista de Enfermagem Referência/2015.	Trata-se de um estudo de cunho quantitativo, descritivo-correlacional. Composta por 88 mulheres, expondo suas experiências sobre a amamentação e atuação da enfermagem.
MACHADO, M. O. F; <i>et al.</i>	Aleitamento materno: conhecimento e prática.	Revista da Escola de Enfermagem da USP/2012.	Estudo do tipo observacional, transversal, descritivo e exploratório, realizado com toda a equipe de enfermagem para detecção dos conhecimentos acerca do aleitamento materno.
ALVES, J. S; OLIVEIRA, M. I. C; RITO, R. V. V.	Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo.	Ciências e Saúde Coletiva/2018.	Trata-se de um estudo do tipo transversal em unidades básicas de saúde, que abordam as orientações oferecidas acerca do aleitamento materno exclusivo.

Fonte: Pesquisa denominada: “A magnitude da prática de enfermagem frente à valorização do aleitamento materno” (2020).

Após leitura e análise dos artigos selecionados e supracitados, percebeu-se que o aleitamento materno é um tema tratado com seriedade e mostra-se relevante perante a equipe de enfermagem, já que atua de maneira direta com as mães. Em todos os artigos há concordância de que o leite materno é o alimento mais completo e essencial para a criança, exclusivamente até os seis meses.

Verifica-se que, as equipes de enfermagem presentes em ambos os artigos, trabalham para fortalecer a adesão ao aleitamento materno exclusivo e que suas orientações e atuação junto às mães, diferencia a forma como elas aderem à amamentação. Contudo, mostra-se necessário que os profissionais de enfermagem estejam aptos a orientar, incentivar e sanar as dúvidas das mães sobre a amamentação, visto que uma assistência completa pode refletir positivamente na adesão das mães, diminuindo o desmame precoce (ALVES *et al.*, 2018).

Indiscutivelmente, conforme explanação dos textos é possível perceber que a presença da enfermagem desde o pré-natal, parto, pós-parto, puerpério e puericultura, reforça a continuação do

aleitamento materno, visto que, a desinformação e despreparo para o aleitamento repercutem em desmame precoce e danos ao corpo físico e mental da mãe e criança, já que ambos perderão inúmeros benefícios.

A revisão permitiu compreender que a enfermagem deve estar apta a desenvolver educação em saúde e ensinar de maneira dinâmica os pais a cuidarem do bebê que está por vir, não é diferente com a amamentação, é preciso preparo físico e psíquico, já que para muitas mulheres essa ação parece ser muito desagradável. Cabe dessa forma, aos profissionais de enfermagem, desmistificar os tabus e crenças que levam as mulheres a pensar na não adesão ao aleitamento materno.

Desse modo, é de suma relevância que a enfermagem construa um elo de confiança com as mães, conversem e explanem dúvidas e medos, aumentando a autoestima da mulher, capacitando-a para o período da amamentação. A enfermagem tem grande responsabilidade na anuência e forte influência da decisão das mães de amamentar ou não, sendo eficaz e necessária a preparação e capacitação desses profissionais (CARVALHO; CARVALHO; MAGALHÃES, 2011).

DISCUSSÃO

Por meio da análise dos artigos e seleção das ferramentas de inclusão e exclusão, foi possível perceber a importância do aleitamento e da equipe de enfermagem nessa prática tão benéfica, na qual fora possível correlacionar os fatores positivos e negativos para a adesão das mães e para a assistência de enfermagem.

Importância do aleitamento materno

O aleitamento materno é a prática de oferecer o leite materno à criança por meio da sucção das mamas. O leite humano possui forma equilibrada e completa de nutrientes primordiais para o crescimento e desenvolvimento correto do recém-nascido, sendo apropriado para o metabolismo da criança. O aleitamento materno exclusivo até os seis primeiros meses da criança permite que o organismo desenvolva um sistema imune eficaz contra infecções gastrointestinais, respiratórias e urinárias. Além de prevenir doenças como anemia, alergias, obesidade, diabetes mellitus, entre outras (BANDEIRA; PEDERNEIRAS, 2015).

Conforme Brasil (2015) seguir as orientações do Ministério da Saúde relativas ao aleitamento materno é a estratégia mais prudente, pois este, oportuniza o vínculo natural entre mãe e filho, desenvolvendo laços de afeto, proteção e promovendo a nutrição que por esse meio, além de essencial é, também, econômica e eficiente contra a morbimortalidade infantil. A amamentação vai

adiante do processo de nutrir, ela promove inteira e aprofundada comunicação entre mãe e filho, com impactos que refletem no estado nutricional, aptidão contra infecções, desenvolvimento cognitivo e emocional, na saúde da criança e ecoa de maneira benéfica e eficaz na saúde física e mental materna.

Brasil (2015) juntamente com a Organização Mundial da Saúde (OMS) instituíram definições dos tipos de aleitamento materno: No aleitamento materno exclusivo a criança deverá receber o leite materno, proveniente diretamente da mama ou por meio da ordenha, sem nenhum acréscimo de outro alimento, sejam líquidos ou sólidos; No aleitamento materno predominante a criança consome além do leite materno, água ou bebidas como chás, sucos de frutas, entre outros; No aleitamento materno a criança irá receber o leite materno proveniente da mama ou por ordenha, no entanto, recebendo ou não outras formas de alimentos; No aleitamento materno complementado, a criança irá receber o leite materno e qualquer alimento sólido ou semissólido, tendo como objetivo complementar o aleitamento e não substituí-lo; Por fim, o aleitamento materno misto ou parcial, que se caracteriza pelo fato da criança receber leite materno e também outros tipos de leite. Contudo, o mais indicado e benéfico é o aleitamento materno exclusivo, visto que, não há necessidade de complementá-lo, a não ser em casos excepcionais. Pois, ele contém tudo que o organismo infantil precisa até os seis meses de vida, repercutindo benefícios por toda a vida (JUNGES *et al.*, 2010).

A magnitude da enfermagem frente ao aleitamento materno

A enfermagem atua frente a frente com as mulheres desde o planejamento familiar, pré-natal, parto, pós-parto, puerpério e após o nascimento, ofertando a puericultura às crianças. Visto sua funcionalidade e precisão no cuidado à gestante e criança, surge o tema de aleitamento materno, relevante e necessário para a manutenção da saúde infantil. A enfermagem é primordial em todos os cuidados relacionados à vida humana, caracteriza-se por estar na linha de frente do combate à moléstias e disfunções na comunidade, no entanto, frente à amamentação exclusiva ela se torna essencial, já que por meio dela é possível capacitar as mães para ofertar o alimento materno natural (JUNGES *et al.*, 2010).

É possível, por meio dos estudos elencados na pesquisa, perceber que muitas são as ações necessárias para tornar a disseminação de informações acerca do aleitamento materno eficiente, instruindo as mulheres sobre os fundamentos fisiológicos, imunológicos e emocionais do aleitamento materno e também sobre o manejo clínico das mamas e das intercorrências que podem vir a acontecer. Através desse rudimento será possível atuar com dinâmica e engenho para transferir as vantagens e a importância da adesão ao aleitamento materno. É um papel de toda a equipe profissional, no entanto, a enfermagem atua promovendo a saúde, influenciando positivamente na

prática do aleitamento materno, devendo ser valorizado o processo de educação em saúde, pois dessa forma será fortalecida a prática entre as mães. Para isso, os programas educativos, a valorização, o incentivo, as informações e orientações para que sejam expandidos seus conhecimentos sobre o assunto, de modo que, aumente a prevalência e durabilidade da amamentação (MACHADO *et al.*, 2012).

Ademais, muitos dos fatores determinantes para a adesão do aleitamento materno estão presentes nos discursos dos profissionais de enfermagem, que reiteram, sobretudo, as vantagens para saúde infantil, porém, deve ser frisado que os benefícios não se restringem apenas à criança, contemplando a mulher também, visto que, muitas vezes, falar apenas dos benefícios ao bebê não garante a adesão. Por isso, é necessário fazer uma abordagem holística, viabilizando a saúde de ambos, e orientando sobre um e outro benefício (MESQUITA *et al.*, 2016).

As vantagens maternas se relacionam com a diminuição do sangramento, involução uterina, perda de peso gravídico e também diminui comprovadamente as chances de desenvolver câncer de ovário e mama, devido à ocitocina liberada durante a mamada (JUNGES *et al.*, 2010).

Em face ao exposto, é totalmente relevante que a enfermagem esteja capacitada e habilitada a atuar no aleitamento materno, estimulando e influenciando mulheres a aderirem ao aleitamento materno exclusivo, mostrando e comprovando cientificamente as vantagens mútuas que ele oferece, não se esquecendo de tratar as particularidades de cada mulher, dando opções para amamentar em situações em que a mamada não pareça possível ou quando a criança não apresente sucção, bebês prematuros, entre outros (DIAS *et al.*, 2019).

Métodos como a translactação, utilizados para alimentar recém-nascidos e estimular a lactação, são indicados quando o recém-nascido não tem sucção eficiente, ocorre geralmente em prematuros ou crianças com algumas doenças. Para as mulheres, pode ocorrer devido à descida tardia do leite, uso de medicação que atrapalhe a produção de leite ou em casos de adoção. É uma técnica plausível e eficaz, orientada pela enfermagem e que pode fazer diferença para as mulheres que desejam amamentar, mesmo possuindo dificuldades. Utiliza-se uma sonda ou seringa, a sonda possibilita que a mulher a conecte ao seio, com ajuda de um micropore e estimule a sucção e produção de leite, assim como a criação de laços afetivos (DIAS *et al.*, 2019).

Problemas que possibilitam o desmame precoce

Por mais que o aleitamento materno seja incentivado e estimulado, ainda existem muitos fatores que possibilitam o desmame precoce. A enfermagem como parte fundamental desse processo,

necessita compreender a problemática que envolve a interrupção do aleitamento materno, assim como os motivos que levaram a esse caminho (JUNGES *et al.*, 2010).

Sabe-se que, mesmo com orientações e informações repassadas, muitas mulheres optam por interromper o aleitamento e ofertar outros tipos de alimentos, isso decorre muitas vezes de informações colhidas sozinhas, sem o acompanhamento profissional. Por essa ótica, vê-se que é imprescindível que conforme se orienta, também aja o acompanhamento e avaliação dos fatores que instigam o desmame precoce, como a mulher achar que o leite é fraco, que a criança não está ganhando peso, volta ao ambiente de trabalho, diminuição da produção de leite, o trauma mamilar e doenças das mamas, como a mastite (ROCCI; FERNANDES, 2014).

Muitas vezes, os fatores que levam ao desmame precoce são reversíveis e podem dar continuidade à amamentação exclusiva, como em casos de leite fraco, o que é um mito, já que o leite é a fonte mais completa para a alimentação de crianças até seis meses, baixa produção de leite, o que deve ser investigado, para confirmar se realmente existe a diminuição significativa de leite ou se existem influências que levaram a isto, traumas mamários podem ser prevenidos e tratados, dificuldades emocionais ou medo da aparência corporal também podem ser fatores para o desmame precoce, onde entra o apoio profissional para desmitificar e fortalecer a autonomia e afeição pelo ato de amamentar (ROCCI; FERNANDES, 2014).

A consulta de enfermagem após o nascimento é de grande relevância para a manutenção da amamentação, já que por meio desta ferramenta será possível observar sinais de desmame, sendo a rápida atuação do enfermeiro, primordial para que o fortalecimento do ato e garantia para evitar o desmame. Um fator bastante comum e que aparece em muitos casos de desmame precoce é a pega incorreta, que acaba provocando traumas físicos e emocionais nas mulheres. Para que isso seja evitado e a amamentação se torne um momento de prazer para a mulher, é necessário investir em treinamento das gestantes para a preparação mamária e pega correta, viabilizando meios de ensino e educação em saúde, utilizando-se de vídeos, bonecos, mamas de crochê, panfletos informativos, atividades em grupos e com seus parceiros, visto que tudo isso reverbera positivamente no aleitamento materno (JUNGES *et al.*, 2010).

Outro fator recorrente no desmame precoce é a influência familiar, no qual mães e avós interferem na amamentação, afirmando que somente o leite materno não sustentará a criança, fazendo com que a mulher ache que o leite é fraco e que precisa complementar com chás, água, fórmulas, frutas, entre outros (SARDINHA *et al.*, 2019).

Por tudo isso, a enfermagem agindo de acordo com as políticas públicas, é capaz de amenizar essa problemática e estimular a adesão ao aleitamento materno, atitude que mostra o quanto é importante ter atenção com mulheres que acabaram de parir, estimulando individualmente cada uma

para que desempenhe e promovam fatores que beneficiam seu crescimento como mãe e mulher e permitam que as crianças recebam o melhor dos alimentos, quando não existir nenhuma contraindicação (SARDINHA *et al.*, 2019).

CONSIDERAÇÕES

Mediante os resultados observados, foi possível compreender a importância da enfermagem no que tange à amamentação. Sua função vai além do orientar apenas no momento do pós-parto, ela engloba todas as fases da gestação e se mantém além do nascimento, permitindo a manutenção do aleitamento materno até a idade apropriada.

No entanto, percebeu-se também que ainda existem tabus que necessitam serem quebrados, culturas que favorecem o desmame precoce e fazem as mulheres acreditar que não são capazes de levar adiante o que lhes é ofertado pela natureza. Por isso, mostra-se de suma importância a atuação da enfermagem orientando, informando e capacitando as mães, no decorrer do desenvolvimento dos seus filhos.

O estudo apresentou assuntos importantes e que devem ser debatidos com mais seriedade, pois, são necessárias capacitações profissionais e atualizações, para que a enfermagem possa estar cada vez mais hábil e convincente para estimular o aleitamento materno, ressaltando os benefícios que o mesmo oferece.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. S; OLIVEIRA, M. I. C; RITO, R. V. V. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, vol.23 no. 4 Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000401077&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 07 de Maio de 2020.

BANDEIRA, R. L; PEDERNEIRAS, A. Aleitamento materno: Atuação da enfermagem na assistência ao aleitamento materno. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, 2015. Disponível em: <<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/232/92>> Acesso em: 07 de Maio de 2020.

BATISTA et al. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. **Revista Saúde em Debate**, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/15.pdf>> Acesso em: 05 de Maio de 2020.

BRASIL. Saúde da criança - **Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. 2º Ed, Brasília, 2015. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>
Acesso em: 07 de Maio de 2020.

CASTRO, R. J. S; SILVA, E. M. B; SILVA, D. M. Percepção das mães sobre as práticas dos enfermeiros na promoção do aleitamento materno. **Rev. Enf. Ref.** vol.ser IV no.6 Coimbra, 2015. . Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000600008&lang=pt> Acesso em: 07 de Maio de 2020.

CARVALHO, J. K. M; CARVALHO, C. G; MAGALHÃES, S. R. A importância da assistência de enfermagem no aleitamento materno. **e-Scientia**, 2011. Disponível em: <<https://revistas.unibh.br/dcbas/article/view/186/373>> Acesso em: 07 de Maio de 2020.

CHAVES, A. et. Práticas e saberes dos cuidadores de idosos com Alzheimer: a invisibilidade do enfermeiro. **Revista Uniabeu**, v. 12, n.30. 2019.

DIAS, L. M. O; et al. AMAMENTAÇÃO: Influência familiar e a importância das políticas públicas de aleitamento materno. **Revista Saúde em Foco**, 2019. Disponível em: <http://portal.unisepe.com.br/unifia/wpcontent/uploads/sites/10001/2019/06/057_AmamentaBAblica-s-de-aleitamento-materno_634_a_648.pdf> Acesso em: 07 de Maio de 2020.

JUNGES, C. F; et al. Percepções de puérperas quanto aos fatores que influenciam o aleitamento materno. **Rev. Gaúcha Enferm.** vol. 31 no. 2 Porto Alegre, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472010000200020&script=sci_arttext> Acesso em: 07 de Maio de 2020.

MACHADO, M. O. F; et al Aleitamento materno: conhecimento e prática. **Rev. esc. enferm.** USP vol.46 no. 4 São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000400004&lang=pt> Acesso em: 07 de Maio de 2020.

MACHADO, M. O. F; et al. Perfil sociodemográfico e competência em aleitamento materno dos profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Enf. Ref.** vol. Ser IV no.5 Coimbra, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087402832015000200010&lng=en&tlng=en> Acesso em: 07 de Maio de 2020.

MARINHO, M. S; ANDRADE, E. N; ABRÃO, A. C. F. V. A atuação do (a) enfermeiro (a) na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno. **Revista de Enfermagem Contemporânea**, 2016. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/598>> Acesso em: 05 de Maio de 2020.

MESQUITA et al. Atribuições de enfermeiros na orientação de lactantes acerca do aleitamento materno. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, 2016. Disponível em: <<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/267>> Acesso em: 05 de Maio de 2020.

ROCCI, E; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Rev. bras. enferm.** vol. 67 no. 1 Brasília, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000100022> Acesso em: 07 de Maio de 2020.

SARDINHA, D. M; et al. Promoção do aleitamento materno na assistência pré-natal pelo enfermeiro. **Revista de enfermagem**, 2019. Disponível em <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238361/31592>> Acesso em: 07 de Maio de 2020.

SARTÓRIO, B. T; et al. Instrumentos de avaliação do aleitamento materno e seu uso na prática clínica. **Rev. Gaúcha Enferm.** vol.38 no. 1 Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?frbrVersion=3&script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100502&lng=en&tlng=en> Acesso em: 07 de Maio de 2020.

SOUZA, M. T; SILVA, M. D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Rev. Einstein.** 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf> Acesso em: 05 de Maio de 2020.

CAPÍTULO 8

ALEITAMENTO MATERNO: CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DO DESMAME PRECOCE

*Jéssica Rodrigues de Souza
Giovanna Felipe Cavalcante
Euzamar de Araujo Silva Santana
Márcia Divina Magalhães
Ruhena Kelber Abrão*

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é preconizado que a amamentação seja introduzida ainda na sala de parto, se a puérpera e o Recém-nascido (RN) encontrarem-se em bom estado clínico (PINHEIRO *et al.*, 2016 apud Organização Mundial da Saúde, 1989). O leite materno é o alimento mais apropriado para o lactente, nele encontram-se vitaminas, minerais, nutrientes e fatores protetores que irão sustentar o desenvolvimento saudável. Ofertado exclusivamente até os seis meses de vida e depois complementado com alimentos saudáveis até dois anos de idade, promove uma diminuição da morbimortalidade através de doenças infectocontagiosas do trato respiratório e gastrointestinal (TENÓRIO *et al.*, 2016).

O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em exercício, beneficia não só o lactente como favorece a puérpera, pois promove a involução genital no pós-parto; reduz a possibilidade de câncer no ovário, mama, útero; diminui gastos em produtos industrializados ofertados para a alimentação do bebê e fortalece o laço entre a progenitora e o filho (ROCHA *et al.*, 2016). Independente das suas benevolências, há altos índices de desmame precoce e existem diversos fatores que irão contribuir para esta interrupção. Os mais populares são: ingurgitamento mamário, algia/trauma mamilar, infecção mamilar por *staphylococcus aureus*, mastite, pouca produção de leite, candidíase, abscesso mamário e galactocele, pega incorreta, ou características anatômicas que prejudicam o encaixe correto da boca do lactente no peito (ALVARENGA, 2017 apud MATHUR, 2014).

O desmame ocorre gradualmente a partir do momento da introdução alimentar na dieta do bebê, que se encontrava em aleitamento materno exclusivo. Portanto, o tempo de desmame é entendido entre o início da introdução de novos alimentos e o desaparecimento completo do AME (AMARAL *et al.*, 2015).

Em 1992 a (OMS) juntamente com o Fundo das nações Unidas para a Infância (UNICEF) lançaram a Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC), na qual constituíram os dez passos para o aleitamento materno de sucesso (BRASIL, 2008). Diante disto, este trabalho teve por objetivo

realizar uma revisão literária sobre a importância da prática do aleitamento materno adequado, bem como identificar as causas e consequências do desmame precoce.

REVISÃO DA LITERATURA

Aspectos anatômicos e fisiológicos: a fisiologia do leite

As glândulas mamárias progrediram como órgãos, cuja principal função é a produção de leite para nutrir o recém-nascido. A mama é um agrupamento de tecido glandular, gordura e tecido conjuntivo fibroso. O tecido glandular é composto por lóbulos produtores de leites e ductos que são os condutores de leite. Cada ducto localizado próximo do mamilo dilata-se no seio lactífero, no qual a secreção se acumula antes da amamentação (NESTAREZ; NESTAREZ, 2006).

De acordo com Rego (2002) a glândula mamária passa por um ciclo de transformação, desde a vida embrionária até a sua completa maturação e qualificação para a aleitação, a qual alcançara o seu nível máximo na gestação e na lactação. No decorrer da gestação a proporção de hormônios como progesterona, estrogênio e prolactina ampliam-se gradualmente na corrente sanguínea. Esses hormônios em agrupamento com outros hormônios, desempenham a ação morfogênica nas glândulas mamárias, arranjando-as de maneira anatômica, e contribuindo para a evolução do sistema lóbulo-alveolar responsável pela eliminação do leite (COSTA, 2012).

A lactação é estimulada por meio da diminuição de progesterona e estrogênio que ocorre após a parturição, é retida principalmente por meio dos reflexos da prolactina e de ejeção, provocado na lactante pela sucção da mama. A lactação prossegue por três períodos: estágio do colostro, que é produzido após o nascimento; leite de transição, produzido no período entre o colostro e maduro; e o leite maduro, produzido cerca de duas semanas após o parto (NASCIMENTO; ISSLER, 2003).

Segundo Soares (2012) nos primeiros dias após o parto o recém-nascido (RN) alimenta-se do colostro, líquido acumulado nas células alveolares das glândulas mamárias da genitora, nos últimos meses de gestação. O colostro é rico em proteínas e anticorpos e possui menor teor de gordura e lactose. O leite de transição possui algumas características do colostro, mas apresenta uma quantidade maior de carboidratos e gorduras e maior teor de proteínas, até atingir as características do leite maduro (NASCIMENTO; ISSLER, 2003).

A partir das duas primeiras semanas, o leite maduro passa a ser padronizado e será mantido até o final da amamentação, o leite mantém-se parcialmente semelhante na composição, no entanto podem ocorrer alterações sutis na composição do mesmo ao longo da lactação (PICCIANO, 2016).

Composição do leite materno

Após diversos estudos compreende-se que, atualmente, a composição do leite humano não é um fluido estável e uniforme e sim uma eliminação com composição instável, sendo classificado como um alimento completo para a criança (COSTA, 2012 apud BRASIL, 2002). A composição e volume da secreção láctea podem ser alteradas por meio dos fatores genéticos, nutrição materna e técnicas de administração da lactação (COSTA, 2012).

O leite humano possibilita uma conjugação exclusiva de proteínas, lipídios, vitaminas, minerais, carboidratos, enzimas, células vivas e água. Dispõem também de benefícios como anti-inflamatórios, hormônios, fatores de crescimento, antimicrobiano, imunobiológicos e altas concentrações de leucócitos e imunoglobulinas, protegendo o organismo contra parasitas e vírus (SANTOS; DITZ; COSTA, 2012).

Importância do aleitamento para a criança

O leite materno é o alimento exemplar para o crescimento e desenvolvimento da criança, recomenda-se que o aleitamento deve ser exclusivo até o sexto mês de vida e parcialmente até os dois anos de idade ou mais. A amamentação acarreta vantagens para a saúde da criança, agindo diretamente na nutrição e proteção de infecção (OLIVEIRA *et al.*, 2017)

Durante os primeiros meses de vida, o leite materno atende as necessidades do crescimento e desenvolvimento da criança e oportuniza efeito protetor e imunobiológicos, previne a mortalidade infantil, desnutrição, diarreias, infecções respiratórias, hipertensão, colesterol, diabetes e diminui risco de reações alérgicas (ARAÚJO *et al.*, 2013 apud BARBOSA *et al.*, 2007).

Segundo a UNICEF (2007) os lactentes em amamentação exclusiva demonstram um aumento significativo na inteligência e precautelam alterações ortodônticas e na fala. O lactente em amamentação exclusiva não necessita de água, suco, chá ou qualquer outro alimento, devido o leite materno conter em sua composição todos os nutrientes necessários para a sua sobrevivência.

Portanto, o aleitamento materno tem grande importância, pois, alimentando-se do leite materno a criança terá menor possibilidade de adoecer, assim, tendo um menor índice de atendimento médico, hospitalizações e medicamentos. Conseqüentemente, os pais têm menos falta no trabalho, diante disso, a amamentação não beneficia somente as crianças e suas famílias como também a sociedade (BUENO, 2013 apud MUNIZ, 2010).

Importância do aleitamento para mãe

A amamentação condiz com uma das fases mais importante no processo reprodutivo da mulher. A execução da amamentação oferta benefícios tanto para a genitora como para a criança, além de fortalecer o vínculo entre o binômio mãe e filho (MARTINS; SANTANA, 2013 apud GALLO *et al.*, 2008).

Segundo a UNICEF (2007) logo após o nascimento é essencial inicializar o aleitamento, se possível, ainda na sala de parto, pois beneficia o controle do sangramento pós-parto e a involução uterina, impedindo a anemia materna. No período da AME, a puérpera produz a prolactina responsável pela produção do leite e a ocitocina que tem a função da liberação do leite e é responsável pela contração uterina, reduzindo o risco de sangramento.

A genitora que amamenta exclusivamente possui menos chances de adquirir câncer de mama e ovário, osteoporose e diabetes e retorna ao peso pré-gestacional mais rápido (BEZUTTI; GIUSTINA, 2016). A amamentação exclusiva em livre demanda atua, também, como método contraceptivo, se a criança for menor de seis meses de idade, desde que a mãe ainda não tenha menstruado após o parto. Vale ressaltar que o método Lan não é considerado totalmente seguro (UNICEF, 2007).

Desmame precoce: causas e consequências

O desmame precoce é a cessação do aleitamento materno ao peito antes do lactente ter completado os seis meses e vida, independentemente se a decisão tiver sido da mãe ou não e do motivo da sua interrupção (OMS, 2005). Entre os fatores que interferem na continuidade da amamentação estão a introdução de fórmula artificial, presença de dor / ou lesão mamilar, dificuldades com o posicionamento e pega da criança na mama, produção láctea, retorno da mãe ao trabalho e situação nutricional da mãe e da criança (CARREIRO *et al.*, 2018).

A mastite é um processo inflamatório da mama, dependendo do caso, ela pode ou não se tornar uma infecção bacteriana, causada normalmente por fissuras, esvaziamento incompleto das mamas, pega incorreta e/ou desmame brusco. A mastite provoca algia, ingurgitamento e quando não tratada adequadamente pode levar ao abscesso mamário, resultando em prejuízos na amamentação (BUENO, 2013).

As crenças do leite fraco que não sustenta a criança ou que não tem a produção de leite adequada devido a fator hereditário, leite salgado e seios flácidos, devido o ato de amamentar, também são fatores que levam ao desmame precoce (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015). Outro fator

importante que leva ao desmame precoce é a influência da propaganda de leites artificiais, fórmulas, farinha láctea, entre outros. O oferecimento de chupetas e mamadeiras causa confusão mamilar, fazendo com que a criança troque o seio da mãe pelo bico artificial. Estudos mostram que o uso de bicos e chupetas interfere no desenvolvimento da criança, prejudicando as estruturas orofaciais e funções de mastigação e deglutição tardia (BEZERRA *et al.*, 2019).

A volta da mãe ao mercado de trabalho ocorre geralmente entre o segundo e quarto mês de vida da criança, nesse cenário, a jornada de trabalho e o estresse provocam uma alteração na fisiologia da lactação, ocasionando uma baixa produção de leite e, conseqüentemente, levando ao desmame precoce (CARRASCOZA *et al.*, 2005). A técnica incorreta de amamentação, estar entre os principais facilitadores do desmame precoce. O posicionamento correto binomial, mãe-bebê, durante a amamentação, é uma etapa fundamental para que ocorra a trava correta, a fim de evitar possíveis traumas mamilares que dificultem ou mesmo interrompam prematuramente o processo de amamentação. A técnica correta de amamentação é de extrema importância para a liberação de forma efetiva do leite materno e para a prevenção de processos dolorosos e trauma nos mamilos (BARBOSA *et al.*, 2018).

Cuidados de enfermagem referentes ao aleitamento materno

O desmame precoce é um problema de saúde pública, exigindo dos enfermeiros, em diversos níveis de atendimento, que se estabeleçam práticas de educação em saúde direcionadas à amamentação (RODRIGUES; GOMES *et al.*, 2014).

O aleitamento materno envolve aspectos sociais, culturais e políticos de amplas e múltiplas dimensões, sendo assim, todos os profissionais de saúde, em especial a enfermagem, necessitam participar do preparo e qualificação na assistência, incluindo o manejo clínico adequado e o uso de técnicas de habilidades de comunicação (CUNHA; SIQUEIRA, 2016 apud SILVA *et al.*, 2012).

Na atenção básica a consulta de enfermagem voltada à criança e o pré-natal, tem como metodologia a assistência para promover, proteger e recuperar a saúde da criança. Utilizando como eixo norteador da atenção, o crescimento e o desenvolvimento infantil, que é considerado um indicador importante da qualidade da atenção à saúde prestada à população infantil. Entre as ações de maior importância usadas pelo enfermeiro na consulta à criança, destaca-se a proteção e o apoio à prática da amamentação exclusiva (MONTESCHIO; GAIVA; MOREIRA, 2015).

É essencial que o enfermeiro conheça a importância da amamentação e os benefícios que o aleitamento materno traz tanto para a vida da criança quanto da mãe, utilizando ferramentas como

orientações, promoções e ações educativas que diminuam significativamente o índice de desmame precoce (AZEVEDO *et al.*, 2015).

Políticas de respaldo do aleitamento

Os 10 passos para o aleitamento materno

Na década de 1970 a Organização Mundial de Saúde, juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância, iniciaram um árduo trabalho tendo como foco principal a conscientização sobre as vantagens do aleitamento materno. Somente no ano de 1991, criaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, cujo propósito é apoiar, proteger e promover o aleitamento materno, motivando as mudanças nas rotinas e condutas dos profissionais de saúde, funcionários de maternidades e hospitais, objetivando a redução do desmame precoce. O agrupamento dessas medidas para alcançar as metas foi nomeado de “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2013).

Portanto os dez passos para o aleitamento materno são:

1. Dispor da regulamentação escrita do AM, a qual deverá ser frequentemente conduzida à equipe de cuidados de saúde;
2. Habilitar toda a equipe de saúde sobre as práticas precisas para implementar esta política;
3. Orientar as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno;
4. Auxiliar a puérpera a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento e a estabelecer contato prolongado pele a pele entre a puérpera e o RN;
5. Demonstrar às mães a forma correta de amamentar e como manter a lactação, caso ela venha a ser separada do seu filho;
6. Não ofertar outros alimentos ou bebidas, além do leite materno, a não ser que tal procedimento tenha sido prescrito pelo médico e/ou nutricionista;
7. Executar o alojamento conjunto, permitindo que a mãe e o bebê estejam juntos vinte e quatro horas por dia;
8. Estimular o aleitamento sob livre demanda;
9. Não oferecer chupetas ou bicos artificiais aos recém-nascidos e lactentes;
10. Incentivar a criação de grupos de apoio à amamentação e direcionar as mães para os mesmos, após a alta da maternidade (ALMEIDA *et al.*, 2008).

Esses dez passos para o sucesso do aleitamento materno têm como objetivo, basicamente, o aperfeiçoamento dos profissionais, para que possam orientar as gestantes e nutrizas em relação aos benefícios da amamentação, como manuseio exato do lactente, além disso, fornecer conhecimento sobre a estimulação à produção do leite materno e a superação de possíveis obstáculos que possam surgir durante a amamentação (SILVIA *et al.*, 2017 apud BRASIL, 2011). O enfermeiro desempenha

um papel significativo durante o pré-natal e nascimento, incentivando a amamentação por meio de campanhas de incentivo ao aleitamento materno, que abordem as causas e consequências do desmame precoce (FIGUEIREDO, 2018).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi criada pela Organização Mundial de Saúde juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância, para promover, proteger e apoiar o Aleitamento Materno. O intuito é mobilizar os colaboradores dos estabelecimentos de saúde para que exerçam condutas e rotinas que diminuam os elevados índices de desmame precoce. Para isso, foram estabelecidos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, citados anteriormente (LAMOUNIER *et al.*, 2018).

Nos últimos anos essa iniciativa tem crescido, contando atualmente com mais de 20 mil hospitais credenciados em 156 países do mundo, incluindo o Brasil. Atualmente, o Brasil possui mais de 300 Hospitais Amigos da Criança (BRASIL, 2010). “O credenciamento dos hospitais ao IHAC é realizado após estabelecimento dos seguintes critérios citados na Portaria n. 1.153, de 22 de maio de 2014”:

- I. Cumprir os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”;
- II. Cumprir a Lei n. 11.265, de 3 de janeiro de 2006, e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL);
- III. Garantir permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 (vinte e quatro) horas por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal, devendo o estabelecimento de saúde ter normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde;
- IV. Cumprir o critério global de “Cuidado Amigo da Mulher”, conforme Portaria n. 1.153, de 22 de maio de 2014 que define as seguintes práticas:
 - a) garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional;
 - b) ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves;
 - c) incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado à mulher, adaptando as condições para tal;
 - d) garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave;
 - e) disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro, massageadores ou massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, técnicas que devem ser informadas à mulher durante o pré-natal;

- f) assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher;
- g) caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de doula comunitária ou voluntária em apoio à mulher, de forma contínua, se for da sua vontade (BRASIL, 2014).

Os critérios gerais e de habilitação, avaliação, monitoramento, reavaliação e incrementos financeiros aos valores de procedimentos realizados nos estabelecimentos de saúde habilitados na IHAC são definidos na Portaria n. 1.153, de 22 de maio de 2014. Consta ainda, nesse instrumento legal, que os Hospitais Amigos da Criança devem adotar ações educativas articuladas com a Atenção Básica, de modo a informar à mulher sobre a assistência que lhe é de vida, do pré-natal ao puerpério (STEFANELLO; RIOS; MENDES, 2019).

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica minuciosa, de caráter exploratório. Para sua elaboração, foi efetuada uma busca sistematizada de artigos científicos sobre aleitamento materno, seus aspectos fisiológicos, imunológicos e patológicos, políticas de respaldo do aleitamento, assim como as causas e consequências do desmame precoce e a importância da atuação de enfermagem na amamentação exclusiva. Selecionados por meio de dados da Scielo, Bireme e Ministério da Saúde.

A busca nos bancos de dados foi realizada utilizando a terminologia dos Descritores em Ciências da Saúde criados pela Biblioteca Virtual em Saúde desenvolvidos a partir do Medical Subject Headings da U.S National Library of Medicine, que permite o uso de terminologia comum em português, inglês e espanhol. Sendo adotados para a busca os descritores: Aleitamento Materno, Desmame, Nutrição Lactente e Leite Humano.

Foram considerados como critérios de seleção: Texto completo da publicação disponível; Procedência nacional; Período de 2013 a setembro de 2019 nas seguintes bases de dados: BIREME, LILACS, MEDLINE, SciELO e BVS, exceto os que foram muito relevantes como portarias ministeriais entre outras; com conteúdos relacionados à temática: Aleitamento Materno Causas e Consequências do Desmame Precoce. Sendo então desconsiderados os textos que não contemplavam os critérios citados. Para organização e tratamento das informações os dados foram analisados seguindo as fases de pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da busca preliminar nas bases de dados previamente selecionadas, foram identificados 23 artigos científicos, que após utilização dos critérios de inclusão e exclusão 6 atenderam aos objetivos deste estudo, os quais descreviam as causas de desmame precoce e suas consequências para o aleitamento materno e para a saúde do binômio mãe e filho, conforme disposto no Quadro 1.

Quadro 1 - Artigos selecionados

TÍTULO	AUTOR E ANO	BASE DE DADOS	PRINCIPAIS CAUSAS DO DESMAME PRECOCE	CONSEQUÊNCIAS DO DESMAME PRECOCE
Os desafios da prática do aleitamento materno: desmame precoce	Carvalho <i>et al.</i> , 2015	Medline	- Baixa escolaridade - Falta de conhecimento das mães quanto à importância do leite materno	-Desnutrição dos bebês
A importância do Aleitamento Materno na atualidade	Nunes <i>et al.</i> , 2015	Lilacs	- Baixa escolaridade - Falta de apoio familiar	-Interferência no desenvolvimento da criança
Fatores relacionado ao Aleitamento Materno Exclusivo	Bueno, 2013	Medline	- Baixa escolaridade -Dificuldade do bebê na sucção	-Baixa imunidade da criança
A importância do aleitamento materno em um hospital maternidade amigo da criança na região norte do Brasil	Margotti, 2017	Medline	- Baixa escolaridade -Retorno da lactante ao trabalho	-Baixa imunidade da criança
O processo de amamentação e suas implicações para a mãe e o bebê	Costa <i>et al.</i> , 2015	Lilacs	-Estado nutricional da lactante - Baixa escolaridade	-Mastite na lactente
Prevalência de aleitamento materno exclusivo até a idade de seis meses e características maternas associadas, em área de abrangência de unidade de Saúde da Família no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil	Stenphan <i>et al.</i> , 2014	Lilacs	- Baixa escolaridade -Falta de apoio familiar	-Baixa imunidade da criança -Desnutrição dos bebês
Promoção do aleitamento materno: intervenção	Oliveira <i>et al.</i> , 2017	Medline	-Classe econômica baixa e muito baixa	-Desnutrição dos bebês

educativa no âmbito da Estratégia de Saúde da Família			-Desconhecimento do valor nutricional do leite materno	
---	--	--	--	--

Fonte: os autores

Dos 6 (seis) artigos selecionados, dois foram publicadas no ano de 2017, (OLIVEIRA *et al.*, 2017; MORGOTTI, 2017), três no ano de 2015 (CARVALHO *et al.*, 2015; NUNES *et al.*, 2015; COSTA *et al.*, 2015), sendo um em 2014 (STENPHAN, 2014) e o outro em 2013 (BUENO, 2013).

Entre as causas identificadas neste estudo acerca do desmame precoce, observou-se que o principal fator é a baixa escolaridade das mães (MORGOTTI, 2017; CARVALHO *et al.*, 2015; NUNES *et al.*, 2015; BUENO, 2013), tendo destaque, por ser relatado em cinco estudos. Integrou-se às causas ainda, a dificuldade do bebê na sucção do leite materno (BUENO *et al.*, 2013), a falta de apoio familiar (STENPHAN, 2014), o retorno da lactante ao trabalho (MARGOTTI 2017; NUNES *et al.*, 2015) e o desconhecimento do valor nutricional do leite materno para a criança (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Quanto à baixa escolaridade como fator de risco para o desmame precoce, nota-se que com a baixa escolaridade e subsequente desconhecimento sobre o valor nutricional do leite materno, as mães e familiares ficam mais vulneráveis à mitos como, o de que “o leite materno é fraco”. Há uma tendência da mãe em achar que seu leite não é capaz de nutrir seu bebê adequadamente, gerando assim uma insegurança materna que, muitas vezes, é reforçada por seu companheiro ou avós. Essa insegurança pode aumentar também com o fato dos recém-nascidos e lactentes jovens terem as mamadas com livre demanda (mamam várias vezes ao dia – o que é normal para a idade) e isso ser interpretado como sinal de “leite fraco que não sustenta a criança”, sendo então introduzida a suplementação com outros leites, o que leva à redução na frequência das sugadas ao seio materno e conseqüente menor produção do leite, podendo diminuir o tempo da alimentação ao seio ou mesmo culminar no desmame definitivo (MORGOTTI, 2017; CARVALHO, *et al.*, 2015; NUNES, *et al.*, 2015; BUENO, 2013).

No que se refere à falta de apoio da família no incentivo à amamentação, os autores Margotti (2017) e Nunes (2013) destacaram que para uma amamentação bem-sucedida, a mãe necessita de constante incentivo e suporte, não apenas dos profissionais de saúde, mas da sua família e da comunidade. Não basta que ela opte pelo aleitamento materno, ela deve estar inserida em um ambiente que a apoie na sua opção. A opinião e o incentivo das pessoas que cercam a mãe, sobretudo os maridos/companheiros, as avós da criança, parentes próximos e outras pessoas significativas para a mãe, são de extrema importância.

Nos estudos sobre o tema, tem-se visto que o apoio mais importante é o que é dado pelos pais e muitos dispensam esse cuidado com as mães, simplesmente, por falta de informações e por desconhecerem a importância do seu papel junto à mãe. Segundo Martins (2012) mesmo os pais que apoiam a amamentação nos primeiros meses de vida da criança, comumente não apoiam a manutenção desta por dois anos ou mais, possivelmente devido à falta de conhecimento dos benefícios do aleitamento materno.

Em segundo lugar em importância, temos o papel das avós no nosso meio cultural, que são muito presentes nos lares, principalmente quando se trata de primigestas ou mães adolescentes, as quais podem influenciar tanto positiva como negativamente. De modo positivo, quando elas transmitem sua experiência de sucesso na amamentação, tranquilizando, incentivando e apoiando suas filhas e noras; e influenciam de modo negativo, quando recomendam o uso de água e/ou chás nos primeiros seis meses e incentivam suplementação do leite materno com outros alimentos, como outros leites, mingaus, etc.

Desta forma, vemos a importância de toda equipe de saúde responsável por assistir à essa nutriz em dar atenção e orientações também ao genitor, às avós e/ou parentes próximos que sejam significativos para a mãe. Conscientizando-os do valor de cada um no processo da amamentação, estimulando-os a participarem desse processo, ouvindo todas as suas dificuldades, esclarecendo suas dúvidas e dando todo apoio que seja necessário para que atitudes e práticas que sejam malélicas ao bebê, não continuem sendo repassadas às novas gerações de mães.

Outra causa identificada foi o estado nutricional da mãe, que segundo Costa (2013) para que haja uma boa produção de leite pela nutriz, acredita-se que sejam necessários um consumo extra de no mínimo 500 calorias por dia de uma dieta variada e equilibrada, incluindo pães e cereais, frutas, legumes, verduras, derivados do leite e carnes; além de um aporte hídrico um pouco acima do habitual, que garanta a saciedade da sede que é comum ocorrer durante a lactação. Esta alimentação ideal de uma nutriz pode não ser acessível para muitas mulheres de famílias com baixa renda, o que pode desestimulá-las a amamentar seus filhos. Por isso, a orientação alimentar de cada nutriz deve ser feita levando-se em consideração, além das preferências e dos hábitos culturais, a acessibilidade aos alimentos. É importante salientar que mesmo a nutriz não tendo uma alimentação adequada em qualidade e quantidade, a qualidade do leite produzido ainda será boa.

O trabalho da mãe fora do lar tem sido uma das principais causas do desmame precoce relatado pelo autor Margotti (2017), pois este é um obstáculo à alimentação exclusiva com leite humano. O sucesso para a manutenção da amamentação, nesses casos, vai depender de alguns fatores como, por exemplo: se o serviço da mãe é em uma empresa “amiga do peito” nas quais existem creches para os bebês lactentes, se não houver creche, mas se existe um local com privacidade e

conforto para a retirada e armazenamento do leite (como freezer) no local de trabalho; se esta empresa respeita as leis trabalhistas (a licença maternidade, os horários diferenciados para as nutrizes, as pausas para amamentar, etc.), se tem uma boa relação trabalhista com essas mães; vai depender também do tipo de ocupação da mãe; número de horas trabalhadas; do suporte e apoio da família para manutenção da amamentação e se esta mãe foi bem orientada e apoiada pelos profissionais de saúde para a manutenção do aleitamento materno, em situações que exigem a separação física entre mãe e filho etc..

Nos casos em que as mães voltam a estudar, é importante também que as faculdades ou as escolas também estejam engajadas e sensibilizadas pelos profissionais de saúde, para a importância da amamentação e assim apoiem as mães a manterem a lactação.

Segundo o Ministério da Saúde o cuidado nos primeiros anos de vida da criança é essencial para estabelecer alicerces para o bem-estar físico e mental do indivíduo. Após o nascimento, a puericultura é uma importante estratégia na identificação dos desvios da normalidade e no seguimento das crianças de risco (baixo peso ao nascimento, prematuridade, malformações fetais, síndromicas, asfixia perinatal, etc.), para que a equipe da atenção básica possa, no momento oportuno, encaminhar o paciente para o especialista necessário, seja médico ou da equipe multidisciplinar (BRASIL, 2017).

O desmame faz parte do processo normal do desenvolvimento da criança, porém, quando ocorre de modo precoce ou abrupto é prejudicial. Campos Júnior e Burns (2014) mencionam que o desmame abrupto deve ser desencorajado, pois se a criança não está pronta, ela pode se sentir rejeitada pela mãe, gerando insegurança e, muitas vezes, rebeldia. Na mãe o desmame abrupto pode precipitar ingurgitamento mamário, estase do leite e mastite, além de tristeza ou depressão, por luto pela perda da amamentação ou por mudanças hormonais, além disso, a introdução precoce dos alimentos complementares não só diminui a duração do aleitamento materno, mas também interfere na absorção de nutrientes importantes nele existentes, como o ferro e o zinco (CAMPOS JÚNIOR; BURNS, 2014, p. 462).

Vários são os fatores associados ao desmame precoce, os mais estudados são: menor idade, nível socioeconômico e de educação, experiência anterior sem aleitamento materno, falta de suporte e incentivo por parte dos profissionais de saúde e cultura local, tabagismo e trabalho fora de casa, dentre outros (LEONE; SADECK, 2012). No que diz respeito à falta de informações ou recomendações por parte dos profissionais de saúde, Leone e Sadeck (2012, p. 26) enfatizam que as ações de promoção do aleitamento devem contar com a participação de profissionais de saúde mais capacitados para orientar e apoiar a mãe, em suas dificuldades e inseguranças em relação ao aleitamento materno durante o pré-natal e no pós-parto.

Pesquisa realizada no serviço de atenção primária de Palmas-TO apontou que 36% das crianças menores de seis meses foram desmamadas precocemente (BORGES *et al.*, 2016). Vale ressaltar que, a literatura aponta a prática do AME (aleitamento materno exclusivo) como fundamental para o desenvolvimento e crescimento da criança, a curto e longo prazo. Em curto prazo, previne infecções respiratórias, diarreias, alergias, internações, morbidades, mortalidades infantis e gastos com os Serviços de Saúde. A longo prazo previne os riscos de doenças cardiovasculares, hipercolesterolemia, diabetes, obesidade e consequentemente reduz os custos do serviço público (SBP, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde a amamentação gera vínculo afetivo entre mãe e filho, é fator de proteção para a nutriz contra o câncer de colo de útero e de mama e ajuda na redução do peso após o parto. A amamentação ajuda ainda a diminuir o tamanho do útero após o parto, devido à liberação de um hormônio chamado ocitocina (MS, 2013). Pesquisa realizada em 2008 pelo MS sobre AME na primeira hora de vida, em todas as unidades federativas do Brasil, demonstrou que nesse quesito, o Tocantins, representado pela capital Palmas, tinha ótimos índices (79,6%), chegando a superar a média nacional (67,7%) e da Região Norte (72,9%). Quando se observa o quesito Prevalência do AME em crianças menores de seis meses, os dados são alarmantes, visto que Palmas apresenta o pior índice da Região Norte, chegando a apresentar média de 10,1% em até 180 dias de vida da criança (BRASIL, 2008).

Segundo Margotti (2017) apesar das crianças nascerem em um hospital com Iniciativa Amigo da Criança e com excelentes índices de AME na primeira meia hora de vida, após a alta, este índice começa a cair significativamente, sendo que a capital Palmas, com cobertura satisfatória da Estratégia Saúde da Família, apresenta valores tão baixos de AME aos 2, 4 e 6 meses, demonstrando a existência de vulnerabilidade desse grupo etário na Atenção à Saúde, o que faz necessárias intervenções imediatas que possam melhorar esses índices tão preocupantes.

Pelas implicações futuras a estas crianças, devido ao desmame precoce e aumento dos gastos para o Sistema de Saúde (aumento do número de internações por causas evitáveis, comorbidades, necessidade de exames e tratamento de alta complexidade), se torna imprescindível e relevante investigar os motivos do desmame precoce das crianças no município de Palmas/TO, com o objetivo de prevenir os impactos sociais, financeiros e de Saúde.

CONSIDERAÇÕES

O leite materno é o alimento ideal para o crescimento e desenvolvimento do bebê e confere proteção contra desnutrição, diarreia e infecções respiratórias, entre outros, diminuindo a

mortalidade infantil, assim, comprova-se que o leite materno é ideal para a criança nos primeiros seis meses de vida sem a necessidade de introduzir outros alimentos. Os benefícios não se limitam somente às crianças, a mãe também é protegida de patologias como câncer de útero e de mama.

Vivenciar o processo de aleitamento materno de forma fácil e instintiva é, muitas vezes, uma expectativa da mulher grávida, principalmente das primigestas, mas estas se deparam, com frequência, com situações complexas, que consomem um tempo não imaginado e que requer um aprendizado e uma adequação de suas condições de vida para possibilitar uma prática de aleitamento prazeroso e eficaz.

A assistência de enfermagem é indispensável na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno. O enfermeiro é o profissional que mais tem estreitamento e se relaciona com a mulher durante o ciclo gravídico e puerperal, tendo um papel significativo nas ações educativas de saúde durante as consultas de enfermagem e preparando as gestantes para o aleitamento materno, evitando assim, dúvidas e dificuldades que possam surgir no período da lactação.

Destaca-se o papel do enfermeiro na sistematização da assistência de enfermagem, garantindo que as ações tenham visibilidade e especificidade. Ao realizar o processo de enfermagem as ações tornam-se efetivas, diminuindo o índice de desmame precoce.

Apesar do ato de amamentação ser um processo teoricamente simples, a prática é permeada por diversos fatores sociais, econômicos e valores culturais que podem dificultá-la. Cabe aos profissionais da saúde a conscientização e orientação sobre o aleitamento materno e tudo que engloba o ato de amamentar, visto que mães instruídas diminuem significativamente o índice de desmame precoce.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G.G et al., Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em um hospital universitário. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 487-494, Apr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000200024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Nov. 2019.

AMARAL, L. J. X. et al., Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrízes. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 36, n. 127-134, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472015000500127&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acessado 29 de Abril 2019

ARAÚJO, V. S. et al. Desmame precoce: aspetos da realidade de trabalhadoras informais. **Rev. Enf. Ref., Coimbra**, v. serIII, n. 10, p. 35-43, jul. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087402832013000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 07 nov. 2019.

AZEVEDO, A. R. R. et al . O manejo clínico da amamentação: saberes dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 439-445, Sept. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000300439&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Nov. 2019

BARBOSA, Gessandro Elpídio Fernandes et al., Initial difficulties with breastfeeding technique and the impact on duration of exclusive breastfeeding. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 18, n. 3, p. 517-526, Sept. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000300517&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 nov. 2019.

BEZERRA, Vanessa Moraes et al., Prevalence and determinants of the use of pacifiers and feedingbottle: a study in Southwest Bahia. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v. 19, n.

BEZUTTI Sandra; GIUSTINA Ana Paula Della; A Importância Do Aleitamento Materno Exclusivo Até Os Seis Meses De Idade 2016. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wpcontent/uploads/2016/10/SANDRABEZUTTI.pdf>>. Acesso em 09 de set. de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da Criança: o que é, cuidados, políticas, vacinação, aleitamento. Brasília, DF 2008. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/crianca>>. Acesso em 01 Maio 2019

BRASIL, Portaria n. 1153, de 22 de maio de 2014. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html>. Acesso em 23 de out. de 2019.

BUENO, Karina de Castro Vaz Nogueira. A importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade para a promoção de saúde da mãe e do bebê. *Campos Gerais* 2013, p. 18-20 Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4276.pdf>>. Acesso em 07 de nov. 2019.

CARRASCOZA, Karina Camillo et al., Análise de variáveis biopsicossociais relacionadas ao desmame precoce. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 30, p. 93-104, Apr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2005000100011&lng=en&nrm=iso>. Acessado no 06 nov. 2019.

CARREIRO, Juliana de Almeida et al., Dificuldades relacionadas ao aleitamento materno: análise de um serviço especializado em amamentação. *Actapaul. enferm. São Paulo*, v. 31, n. 4, p. 430-438, July 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002018000400430&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 nov. 2019.

COSTA Erika Carla 2012; Caracterização microbiológica física química do leite materno em diferentes períodos da lactação. Disponível em:<<https://www.locus.ufv.br/bitstream/handle/123456789/2921/texto%20completo.pdf?sequence=1>>. Acesso em 30 de out. de 2019.

CUNHA Élidea Caetano; SIQUEIRA Hedi Crecencia Heckler. Aleitamento Materno: Contribuições da Enfermagem, Pelotas, Rio Grande, RS. *Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde*, v.20, n.2, p. 86-92, 2016. Disponível

em:<<https://revista.pgsskroton.com/index.php/ensaioeciencia/article/viewFile/4047/3273>>. Acesso em 09 nov. 2019

FIGUEIREDO, Jéssica Taynara; SILVA, Quézia Albuquerque Duarte; NUNES, HervisJanJully Mendonça; NASCIMENTO, Francilane Sousa Carvalho. Causas e consequências do desmame precoce e as intervenções dos profissionais enfermeiros. Ver. Ciências e Saberes 2018 Jul-Set Disponível em: <<http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/332/248>>. Acesso em 20 de set. de 2019.

FIGUEREDO, S.F.; MATTAR, M. J. G.; ABRAO, A. C. F. de V. Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1291-1297, Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342013000601291&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Out. 2019.

ALVARENGA, Sandra Cristina et al., Fatores que influenciam o desmame precoce. Aquichan, Bogotá, v. 17, n. 1, p. 93-103, Jan. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S165759972017000100093&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 01 Março de 2019.

LAMOUNIERA J. A., CHAVES R. G., REGO, M. A. S., BOUZADAC, M. C. F. **BABY Friendly hospital initiative:25 years of experience in Brazil**. Iniciativa hospital amigo da criança: 25 anos de experiência no Brasil. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brazil. June 19, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/2019nahead/0103-0582-rpp-2019-37-4-00004.pdf>>. Acesso em 20 set. de 2019.

MARTINS M. Z., SANTANA O. L. S. Benefícios da amamentação para saúde materna Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente • Aracaju • V.1 • N.3 • p. 87-97 • jun. 2013. Disponível em:<<file:///C:/Users/Jessica/Downloads/763-2959-1-PB.pdf>>. Acesso em 20 de out. de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA Brasília – 2010. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/relatorios/i hac_relatorioihac atualizado_ms.pdf>. Acesso em 02 de nov. de 2019.

MONTESCHIO, C. A. C.; GAIVA, M. A. M.; MOREIRA, M. D. de S. O enfermeiro frente ao desmame precoce na consulta de enfermagem à criança. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 68, n. 5, p. 869-875, Oct. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672015000500869&lng=en&nrm=iso>. Acesso on 15 nov. 2019.

NASCIMENTO, M. B. REINER; ISSLER, H. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. **Rev. Hosp. Clin.** São Paulo, v. 58, n. 1, p. 49-60, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004187812003000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 nov. 2019.

NESTAREZ, J. E. NESTAREZ M. I. A. L A glândula mamária, in MARIANI NETO, Coríntio (Org). **O aleitamento materno**. São Paulo: Ponto, n. 1. Pp.11,2006. Disponível em: <<http://www.itarget.com.br/newclients/sggo.com.br/2008/extra/download/Aleitamento.pdf>>. Acesso em 20 de set. de 2019.

OLIVEIRA, P. A. K. et al., Práticas e crenças populares associadas ao desmame precoce. **Rev. enferm.**, Bogotá, v. 35, n. 3, p. 303-312, Dec. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012145002017000300303&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estratégia global para alimentação lactentes e crianças de primeira infância**. São Paulo: IBFAN Brasil; 2005. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/doc-286.pdf>>. Acesso em 25 de out. 2019.

PICCIANO, M. F. Human Milk: nutritional aspects of human milk. **Pediatric Clinics of North America**, v.48, n.1, p.53-67, 2001. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031395505702856>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

REGO, J.D Aleitamento materno: um guia para pais e familiares. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife , v. 2, n. 3, p. 327, Dec. 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292002000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Nov. 2019

REZENDE, M.A. Aleitamento natural: subsídios para a equipe de enfermagem (Parte I). **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, 25(3):231-242, dez. 1989. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v23n3/0080-6234-reeusp-23-3-231.pdf>>. Acesso em 20 de out. de 2019.

ROCHA, I. S. et al., Influência da autoconfiança materna sobre o aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade: uma revisão sistemática. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3609-3619, Nov. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3609.pdf>>. Acessado em 05 jun. de 2019.

RODRIGUES N. de A., GOMES A. C. de G. Aleitamento materno: fatores determinantes do desmame precoce. **Rev. Enfermagem**. Minas gerais, v. 17, n. 1, p. 32 jan/abr. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/12791>>. Acessado em 04 nov. 2019.

SANTOS, T.A.S; DITZ, E.S; COSTA, P.R. Práticas favorecedoras do aleitamento materno ao recém-nascido prematuro internado na unidade de terapia intensiva neonatal. **R. Enferm. Cent.O.Min.** V.2, Nº 3, p. 438-450; 2012 set/dez. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/220/408>>. Acesso em: 10. Fev. 2019.

SILVA, D. P.; SOARES, P.; MACEDO, M. V. **Aleitamento materno: causas e consequências do desmame precoce**. Disponível em: <[file:///C:/Users/Jessica/Downloads/489-1477-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Jessica/Downloads/489-1477-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em 19 de set. 2019.

SILVA, J. L. .P da et al., Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 4, e4190017, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072018000400325&lng=en&nrm=iso>. Acesso no 15 nov. 2019.

SOARES, R. C. S.; MACHADO, J. P. Imunidade conferida pelo leite materno. **Revista Científica UniViçosa**, v. 3, n. 1, p. 205-210, 2012. Disponível em: <<https://>

academico.univicosa.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/view/219>. Acesso em: 01 nov. 2019.

STEFANELLO A.M.J.S, RIOS Â. A. N., MENDES R. de C. D. M. **Normas e Rotinas de Aleitamento Materno do HU-UFGD/EBSERH**, 2017. 102 páginas. Aprovado pela portaria 22 em 22 de fevereiro de 2019, publicado no Boletim de Serviço nº 178, de 25 de fevereiro de 2019, anexo à Portaria nº 22. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufgd/superintendencia/ccne/comissoes/comissao-deincentivo-e-apoio-ao-aleitamento-materno-ciaam>>. Acesso em 20 de out. de 2019.

UNICEF. **Promovendo o aleitamento materno**. 2007. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/pdf/aleitamento.pdf>> Acesso em 13 de set. de 2019.

CAPÍTULO 9

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA: INSERINDO O ACOMPANHANTE NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

*Rízia Sousa Almeida Oliveira
Euzamar de Araujo Silva Santana
Ruhena Kelber Abrão*

INTRODUÇÃO

As mudanças evidenciadas com a novidade da gestação levam a mulher a conflitos de dimensão intrínseca e extrínseca, como a falta de aceitação da gravidez por não ter sido planejada, de recursos financeiros e de apoio do parceiro e da família, podendo gerar sentimentos de tristeza, medo, culpa e ansiedade. Nesse contexto, ela necessita receber assistência adequada para garantir o bem-estar materno fetal (ZANATTA; PEREIRA, 2015).

No intuito de humanizar o processo de parturição, o parto, prática até então considerada domiciliar e de rotina, realizado por parteiras/doulas, foi incorporado pela Medicina, perdurando até os dias atuais. Através de reivindicações de mulheres, profissionais e organizações não governamentais (ONGs), pelo direito da mulher receber uma assistência integral e humanizada durante o processo de parturição, surgiram as políticas de saúde, leis e portarias assistencialistas.

Em 2000, foi instituído o “Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN)”, trazendo a fundamentação da Humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal, como primeira condição para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério, tratando em específico sobre o direito ao pré-natal adequado e ao acesso a atendimento digno e de qualidade, no decorrer da gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2002).

Contudo, o aspecto íntimo do processo de parturição, que outrora era evidenciado no parto domiciliar com a participação do acompanhante, se desvaneceu. A presença do acompanhante se detinha até então, apenas às instituições que permitiam e tinham condições para recebê-lo, geralmente privadas (DODOU *et al.*, 2014).

Visando fortalecer a humanização durante o processo de parturição, foi sancionada em 2005 a Lei 11.108, garantindo que as redes de atenção à saúde sejam obrigadas a permitir a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005), um direito assegurado, porém, ainda cumprido de forma simplória, carecendo de incentivos dos profissionais de saúde.

Em 2011, a humanização do parto por meio do programa Rede Cegonha reforçou o direito da mulher em ter acesso ao “planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011).

O incentivo se deu também para que as gestantes buscassem o Sistema Único de Saúde (SUS) através das consultas intercaladas entre o médico e o enfermeiro, oferecendo atendimento nessa modalidade para gestações de baixo risco no âmbito primário, somando mais uma vez nessa atenção humanizada o indispensável incentivo para a participação/inclusão ativa do acompanhante escolhido por ela (BRASIL, 2013).

Oliveira *et al.* (2015) afirmam que “a humanização do parto está focada no respeito às escolhas da mulher”, contudo ainda não está sendo contemplada em prática, pois são alegados alguns fatores, como: falta de infraestrutura adequada ou ainda limitações do espaço físico que não favorece a privacidade das parturientes e a presença de acompanhantes, dificultando a implantação dessas rotinas no centro obstétrico.

Cabe ressaltar que é das instituições de saúde a responsabilidade de oferecer o suporte adequado à operacionalização dos serviços e cumprimento da lei (CARVALHO *et al.*, 2014).

A presença do acompanhante, na maioria dos serviços, ainda é considerada um privilégio para mulheres com maior renda e escolaridade, de cor branca, que pagam pela assistência, e que “optaram” por uma cesariana. Apesar disso, é importante entender que “há distinção entre a presença e a participação do acompanhante” (DINIZ *et al.*, 2014).

A participação ativa do acompanhante proporciona apoio emocional e segurança à mulher, contribuindo para o bem estar físico e mental, pois este fornece encorajamento e conforto, reduzindo sentimentos de solidão, ansiedade, medo do que está por vir e vulnerabilidade diante do desconforto do trabalho de parto, além de contribuir para a elevação da autoestima da parturiente. Esse suporte ofertado durante o parto, pode chegar a refletir índices de Apgar aos 5 minutos maior que 7, redução de complicações, número de cesarianas e até mesmo do risco de depressão pós-parto (SANTOS *et al.*, 2011).

Dentre os benefícios advindos da participação do acompanhante estão: o fortalecimento de vínculos familiares e a tranquilidade experimentada pela equipe devido à atuação do acompanhante ao realizar massagens na parturiente, incentivando-a a deambular e promovendo assim a redução do índice de cesárea, do uso de ocitocina, da duração do trabalho de parto, da analgesia para alívio da dor e do trauma perineal, além da satisfação materna com a experiência do nascimento (CARVALHO *et al.*, 2013).

Em contrapartida, o acompanhante passivo é designado como aquele que não interage com a mulher e permanece distante das ações, representando apenas uma “testemunha” ou “expectador” dos eventos que antecedem ao parto, ou do parto propriamente dito (CARVALHO *et al.*, 2015).

Conforme Diniz *et al.* (2014) a falta do acompanhante durante o trabalho de parto reflete um maior índice de violência física, social e psicológica, tornando a mulher mais vulnerável e até mesmo sujeita a obstáculos de acesso como no uso da ambulância, sendo por vezes proibida a presença do acompanhante. Considerando a decisão de livre escolha do acompanhante, que deve ser da parturiente, destaca-se o parceiro da mulher, que pode compartilhar essa experiência junto à ela, uma vez que é o coadjuvante principal no cenário do nascimento, possuindo vínculo familiar de companheiro e pai (CARVALHO *et al.*, 2015).

O companheiro pode e deve participar “desde a decisão de ter ou não filhos até o acompanhamento da gravidez, do parto, pós-parto e educação da criança” (BRASIL, 2009), no entanto, por diversas vezes, é impedido pela equipe de saúde, que apresenta resistência à presença do homem, em sua rotina (CARVALHO *et al.*, 2015).

Cabe citar ainda que o acompanhante a ser indicado pela mulher também pode ser a doula, profissional que fornece apoio emocional e físico à parturiente durante o trabalho de parto e possui conhecimento técnico para apoiá-la, provendo-lhe auxílio para lidar com a dor ao empregar métodos não farmacológicos como: massagem corporal, o uso da bola de pilates e exercícios respiratórios, sendo remunerada para exercer suas funções, mesmo sem vínculo institucional (SILVA *et al.*, 2012).

Para Frigo *et al.* (2013) humanizar demanda conhecimento, que deve ser ofertado à parturiente para que ela tome as decisões que julgar adequadas e seguras. A autonomia e empoderamento da mulher devem ser assegurados, de modo que as condutas envolvendo o processo de parturição devem ser concordantes entre ela e o profissional que a assiste (CARVALHO *et al.*, 2014).

Amparado pela lei 7.498/86 que trata do exercício profissional de enfermagem, o enfermeiro, pode acompanhar integralmente o pré-natal de gestantes consideradas de baixo risco, trabalhando as perspectivas da promoção e educação em saúde, prevenção de agravos e agindo como agente da humanização (BRASIL, 2012).

Considerando que o enfermeiro é um dos profissionais que possui maior vínculo com a gestante, este deve nortear suas expectativas de decisão, orientando-a e dando o incentivo necessário, desde o planejamento familiar e durante todo o pré-natal, estimulando a participação do acompanhante escolhido por ela, desde as primeiras consultas até o pós-parto, ofertando as orientações indispensáveis para os cuidados com a mãe e o recém-nascido, contribuindo assim para a

liberdade de participação do mesmo, em prol dos benefícios materno-fetais (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

A atuação do enfermeiro pode se dá ainda, prestando assistência ao parto de baixo risco sem distorcia e quando este for enfermeiro obstetra e/ou obstetriz, pode identificar distorcias obstétricas e tomar providências até a chegada do médico, intervindo segundo a sua capacidade técnico-científica, inclusive, realizando episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária (BRASIL, 1986).

A humanização da assistência traz também a responsabilidade em abdicar de intervenções desnecessárias, quando estas não possuem benefícios indicativos de promover a saúde materno-fetal, como: o uso de enema, tricotomia, revisão uterina (exploração manual), uso de ocitocina, pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto, amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto e episiotomia (BRUGGEMANN *et al.*, 2013).

Em prática, a enfermagem detém o conhecimento e pode aplicá-lo como ferramenta fundamental para favorecer a evolução do trabalho de parto fisiológico, inserindo o acompanhante e capacitando-o para vivenciar junto à parturiente o processo de parturição, promovendo assim, a qualidade na assistência e aplicando a humanização na experiência do nascimento (OLIVEIRA *et al.*, 2014). Sabendo que a indicação de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato é um direito da parturiente assegurado por meio da lei 11.108 de 2005, é essencial garantir o seu cumprimento, em totalidade.

Portanto, a certificação do conhecimento da parturiente sobre esse direito e a conscientização das instituições e equipes de saúde, em particular a enfermagem, sobre os benefícios que o mesmo pode proporcionar durante todo o ciclo gravídico-puerperal, são ferramentas indispensáveis para assegurar o cumprimento da lei e o processo de humanização obstétrica.

Este estudo foi proposto por meio da idealização de que há um desconhecimento em relação à lei 11.108/2005 pela maior parte das parturientes e também um déficit na infraestrutura das maternidades públicas, que são fatores de grande importância ao que diz respeito à atenção materno-fetal e que podem refletir em maiores índices de violência obstétrica, contribuindo até mesmo para a depressão pós-parto.

Objetivou-se verificar a percepção das puérperas acerca do direito ao acompanhante durante o ciclo gravídico-puerperal e a sua importância neste processo; a suscitação da participação do parceiro da mulher na vivência do ciclo gravídico-puerperal; a distinção do papel do acompanhante no exercício de funções que não demandam conhecimento técnico; e como consequência, a avaliação da atuação do enfermeiro na inserção do acompanhante, a partir do relato da genitora.

METODOLOGIA

Aspirando-se alcançar os objetivos propostos, foi realizada uma pesquisa com abordagem quanti-qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, realizada no período de outubro de 2016 a setembro de 2017, com a realização da coleta de dados em julho e agosto de 2017.

A pesquisa quantitativa objetiva mostrar dados, indicadores e tendências observáveis, ou produzir modelos teóricos abstratos com elevada aplicabilidade prática. Já a pesquisa qualitativa trabalha com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2010).

A pesquisa exploratória tem o intuito de proporcionar uma maior familiaridade com o problema, para torná-lo mais explícito e construir hipóteses e a pesquisa descritiva possui a finalidade de descrever as características de uma população, fenômeno ou de uma experiência, proporcionando uma nova visão sobre uma realidade já conhecida (GIL, 2010).

O estudo foi desenvolvido em uma maternidade pública da Região Nordeste, que é referência hospitalar em assistência ao parto de baixo e alto risco para o município sede e alto risco para municípios do Sudoeste do Maranhão, bem como para alguns municípios vizinhos dos estados do Pará - PA e Tocantins/TO.

Os sujeitos foram puérperas internadas na maternidade, que se encontravam no puerpério imediato, mediato ou tardio, com idade igual ou superior a 15 anos, não sendo portadoras de distúrbios físicos, mentais e/ou emocionais que as impedissem de participar da pesquisa, sendo exclusas as puérperas menores de idade que não estavam com o acompanhante no momento para assinar o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – TALE e aquelas que se recusaram a participar do estudo.

Para a realização da pesquisa foi consentida a autorização junto à Unidade Gestora Regional de Saúde (UGRS) e à Maternidade referida, de modo que os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos preconizados nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012 e 510/2016 foram respeitados. Destaca-se que anonimato das participantes foi assegurado e essas foram representadas na pesquisa pelo termo técnico Puérpera, seguindo-se a ordem numeral ordinal, como no exemplo: Puérpera 1, Puérpera 2, e assim sucessivamente.

Para a abordagem, inicialmente foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, justificativa e procedimentos a serem utilizados, benefícios esperados, garantia de sigilo, privacidade, anonimato e liberdade de participar do estudo ou de retirar-se a qualquer momento, sem nenhum prejuízo de atendimento, bem como solicitada às participantes sua concordância por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), em caso de menores.

De posse do consentimento das puérperas, a coleta dos dados se deu utilizando-se como instrumento um questionário contendo dados sócios demográficos e dados obstétricos, dispondo de questões objetivas e subjetivas, além de perguntas norteadoras que guiaram a entrevista, abordando a percepção das puérperas acerca do direito ao acompanhante durante o ciclo gravídico-puerperal, bem como a sua importância neste processo e demais aspectos relacionados à sua participação. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para posterior análise.

A análise dos dados deu-se conforme as três fases da proposta de Bardin, realizando-se: a pré-análise (leitura dos dados transcritos da entrevista); exploração do material (seleção das falas das participantes e organização das categorias) e interpretação dos resultados (atribuição de sentido às palavras). Sendo assim, após a leitura flutuante do material se deu a constituição do corpus, com base nos critérios de exaustividade, representatividade e pertinência (MINAYO, 2010).

Por conseguinte, emergiram as seguintes categorias: Descoberta, aceitação e nascimento do bebê; Atuação do acompanhante no ciclo gravídico-puerperal; Assistência ofertada durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente será realizada a descrição dos dados sócio demográficos e obstétricos das participantes e em seguida serão enfatizadas as categorias que emergiram de acordo a pertinência dos resultados.

Identificação das Puérperas

Tabela 1 - Caracterização dos dados sócio demográficos de gestantes assistidas em uma maternidade de referência situada no Sudoeste do Maranhão, Nordeste, Brasil. (n= 45)

DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS	f	%
Idade		
≥ 15 anos < 18 anos	4	9
≥ 18 anos	41	91
Cor da pele		
Branca	6	13
Parda	29	64
Negra	6	13
Amarela	2	4
Indígena	0	0
Proveniência		
Maranhão	37	82

Tabela 1 - Caracterização dos dados sócio demográficos de gestantes assistidas em uma maternidade de referência situada no Sudoeste do Maranhão, Nordeste, Brasil. (n= 45). (Continuação)

Tocantins	7	16
Pará	1	2
Escolaridade		
Não alfabetizada	1	2
Ensino fundamental incompleto	13	29
Ensino fundamental completo	2	4
Ensino médio completo	12	27
Ensino superior incompleto	4	9
Ensino superior completo	1	2
Estado civil		
Solteira	13	29
União estável	15	33
Casada	17	38
Renda mensal		
< que 1 salário mínimo	7	16
Entre 1 e 3 salários mínimos	37	82
> que 6 salários mínimos	1	2

Dados da pesquisa, 2017

Os dados apontam para o despreparo físico e mental, levando-se em consideração principalmente a idade afirmada pela maioria das puérperas, que se tornaram mães na faixa dos 20 anos de idade. O nível de escolaridade deficiente, alerta para o conhecimento ineficaz para vivenciar a gestação. O estado civil e renda mensal assinalam a possível falta de apoio da família e/ou do companheiro, frente às mudanças que ocorreram com a novidade em ser mãe.

Tabela 2 - Caracterização dos dados obstétricos de gestantes assistidas em uma maternidade de referência situada no Sudoeste do Maranhão, Nordeste, Brasil. (n= 45)

DADOS OBSTÉTRICOS	f	%
Número de filhos		
Possui apenas 1filho	11	24
Possui mais de 1 filho	29	64
Possui mais de 2 filhos	4	9
Possui mais de 4 filhos	1	2
Abortos		
Aborto espontâneo	1	2
Aborto induzido	1	2
Não relataram aborto	43	96
Complicações durante o ciclo gravídico - puerperal		
Feto macrossômico	1	2
Anormalidade de contração uterina (uso de fórceps)	1	2
Pré-eclâmpsia	2	4
Eclâmpsia	1	2
Hemorragias	1	2
Descolamento de placenta	2	4
Infecção pelo Zika Vírus	1	2
Sífilis durante a gestação	4	9
Infecção urinária	4	9
Gestação pós-termo com presença de mecônio	1	2
Não tiveram complicações	22	49

Motivo da internação		
Infecção de sítio cirúrgico na região abdominal (puerpério tardio)	1	2
Aguardando transferência do bebê para a UTI neonatal de São Luís/MA (puerpério tardio)	1	2
Infecção por Zika Vírus (puerpério tardio)	1	2
Realizando tratamento para Sífilis (puerpério imediato)	4	9
Em pós-operatório de parto cesáreo (puerpério mediato)	9	20
Em pós-operatório de parto vaginal (puerpério mediato)	29	64

Dados da pesquisa, 2017

Os dados sugerem que possam ter existido dificuldades para seguir com a gestação, pois, quatro das mulheres são menores de idade, fator agravado pela identificação de que duas sofreram aborto. Sendo possível correlacionar também o déficit de conhecimento a partir dos índices de Infecção Urinária e de Sífilis prevalentes durante a gestação, caracterizando, portanto, o despreparo para conduzir a gestação de forma saudável.

Descoberta, aceitação e nascimento do bebê

Araújo *et al.* (2011) afirmam que cada mulher possui uma maneira diferente de entender o seu corpo, com as mudanças geradas pela gravidez, sendo possível conhecer e perceber essas alterações durante a gestação, as quais são expressas pelos seguintes relatos:

Demorou uns 5 dias, aí não apareceu a menstruação, aí fiz o exame da farmácia né? (...) aí deu positivo. Só que eu já sabia, né? Eu sentia, os meus peitos começaram a doer, a ficar dolorido, aí foi um sinal e eu fui contar quantos dias tava de atraso e já tava esperando (Puérpera 30).

Eu senti enjoos e desconfieei que tava grávida, mas aí fiz o exame, mas a ficha não caiu. Só quando eu bati a ultrassom (Puérpera 37).

Conforme o estudo de Leite *et al.* (2014) a gestação em seu decurso pode gerar sentimentos de ambivalência, que estão relacionados a limitações como: a falta de apoio, afeto do companheiro e da família e ainda o medo do desconhecido. Esses sentimentos foram demonstrados com a descoberta da gravidez e se apresentaram com expressões de ser um evento indesejado e, outrora, descrito como um acontecimento marcante para a própria genitora, seu companheiro e familiares, como pode ser observado nas falas que se seguem:

Ah, foi uma emoção muito grande, porque eu falava pro meu marido e ele não tava acreditando. (...) Aí eu disse: eu não te disse que Deus ia dar a bença de nós ter nossos Fii (Puérpera 36).

Meu pai ficou assim, um pouco triste, minha mãe também, mas depois aceitaram (Puérpera 16).

Eu fiquei muito triste, porque foi uma gravidez indesejada. (...) Minha outra filha ainda tinha 4 meses (Puérpera 17).

Normal, assim... Minha Mãe ficou muito feliz, foi a primeira pessoa que ficou sabendo né, que ela ia ser Vó (...) ainda mais depois que ela ficou sabendo que era menino homem, ela chorou de alegria (Puérpera 32).

Pela segunda vez (...) medo. Só na primeira eu achei bom, na segunda vez já veio assim sem eu planejar sabe, aí eu fiquei com medo de parir sabe, porque da outra vez tiraram com ferro (Puérpera 26).

Eu fiquei muito feliz, muito emocionada, porque meu sonho era ser Mãe. Porque eu perdi meu bebê, pra Sífilis. Quando eu soube, eu fiquei sem acreditar (Puérpera 37).

Eu fiquei muuuuito feliz, foi muito bom, eu fiz tratamento pra engravidar e quando descobri que tava grávida, quase nem acreditei, fiquei muito feliz. (Puérpera 41).

Com o nascimento do bebê, evidenciou-se um turbilhão de sentimentos, desde as preocupações com a saúde e segurança da criança à realização materna com o nascimento deste novo ser, confirmando a relação estabelecida pela concepção, representada nas seguintes falas:

Não, a gente fica feliz né? Pelo momento... E além da felicidade, a gente fica na preocupação daquela (...). Será que vai nascer perfeito? (...) Eu tinha a preocupação se ele iria nascer com todos os dedos, sabe... Os braços, tudo certinho... Fofinho. Então acaba sendo um misto de sentimentos quando você vê, ele ali todo perfeito (Puérpera 1).

Quando eu vi ela, eu pensei, não acredito que essa criaturinha é minha (..) Porque o Doutor falou que eu só podia engravidar com 1 a 2 ano, e eu não esperei, engravidei com menos de 1 ano (Puérpera 39).

Atuações do acompanhante no ciclo gravídico-puerperal

As funções desempenhadas pelo acompanhante foram demonstradas em vários momentos, de forma ativa, com apoio físico e emocional, participando durante o parto e também de forma passiva, assistindo ao parto, representando apenas um espectador.

A inserção e participação do acompanhante durante o trabalho de parto de forma ativa, só foi evidente a partir da fala de uma puérpera, que relatou expressões de boa receptividade em todos os setores, fator que pode estar relacionado à renda maior que 6 salários mínimos e ensino superior incompleto, que esta possui; apesar de ter relatado não possuir conhecimento sobre a lei 11.108.

A participação ativa do seu companheiro durante o parto se deu no momento do corte do cordão umbilical, sendo enfatizado no relato, que esta dispôs de uma equipe multiprofissional ao seu lado, ou seja, pôde ser assistida de forma integral.

Ele mesmo. (...) Ele cortou o cordão (...) Ah! Foi excelente, desde a hora que eu entrei, no caso na triagem né, até a hora que eu tive o neném (...) o tempo inteiro profissionais do meu lado. Na hora do parto tinha duas enfermeiras, uma fisioterapeuta, tinha uma médica, toda equipe. A gente não fica sozinha, pelo menos, eu não fiquei desamparada em momento nenhum. (...) Eu não conheço essa lei não (Puérpera 1).

De maneira mais ampla, algumas puérperas também obtiveram a participação ativa do seu acompanhante por meio do apoio emocional e físico, auxiliando frente às dores das contrações e também por meio da comunicação não verbal, como por exemplo: segurando na mão, realizando massagens lombo-sacrais, auxiliando na tomada de banhos para alívio da dor e até mesmo com exercícios pélvicos para auxiliar na dilatação cervical; auxílio quanto aos cuidados do bebê, primeiros banhos, trocando fraldas, além do acompanhamento durante a assistência do RN na sala de parto.

Mas, na sala do parto foi a amiga da minha sogra, a Teresinha Soares (...). Foi bom, porque ela me ajudou bastante, ela ficou conversando comigo (Puérpera 9).

A tia do meu esposo, ficou comigo lá na salinha, ajudou... Fez massagens. Mandou eu levantar e ficar de cócoras, ficar se abaixando né? Pra vim mais rápido (Puérpera 13).

Ele foi lá pra outra sala pra esperar o bebê (Puérpera 14).

Lá na hora do parto ela disse: - Tia, calma tia, bota força tia (...) ela falava tanta coisa pra mim (Puérpera 25).

Psicologicamente, ajudando, falando, além das massagens, conversando e acalmando (...) Sempre é bom (Puérpera 27).

Trocou o bebê, me ajudou a levantar, colocou ele pra mamar em mim, me ajudou até a tomar banho (Puérpera 31).

Levou pra dar banho, entrou comigo na sala do parto, viu a hora que o bebê chegou, pra onde ele foi, isso tudo (Puérpera 35).

Meu esposo. Ele perguntava tudo, ele conversa muito. Sempre ficava falando que era pra comer o que o médico passou e ficava ligando pra perguntar. Tu já comeu?(...) O que o médico passou? (Puérpera 35).

Foi verificada também a existência do acompanhante passivo, que apenas assiste ao parto, representando um espectador, como no seguinte relato:

Minha mãe, ela só ficou lá observando mesmo (Puérpera 19).

Dados apresentados pela Pesquisa Nacional Nascir no Brasil confirmam os resultados observados nesse estudo a respeito da pouca importância dada à inclusão do acompanhante, alertando para o não cumprimento da lei, estando relacionados alguns fatores como: rendimento baixo, menor escolaridade, cor, raça e ser usuária do SUS, revelando assim a realidade encontrada nas maternidades públicas (DINIZ *et al.*, 2014).

Em alguns momentos a participação do acompanhante também não foi concretizada, pois este não estava preparado (a) para vivenciar esse momento, fator evidente por meio dos seguintes discursos:

A mãe me ajuda aqui, mas lá na hora a mãe não guentou ver meu parto, por que ela é muito nervosa. Então só aqui mesmo (Puérpera 37).

Disseram que ele poderia entrar (...) mas ele ficou muito nervoso porque o bebê era prematuro, o parto foi rápido, mas aí ele foi lá pra outra sala pra esperar o bebê, nem deu tempo de ele chegar, o bebê já tava lá (Puérpera 14).

O despreparo do acompanhante, frente ao nascimento do filho, é evidente, uma vez que ele deveria estar junto à parturiente. Santos *et al.*, (2012) apresentam resultados semelhantes aos encontrados nesse estudo, evidenciando que o acompanhante não está preparado para enfrentar as ações que compreendem os aspectos técnicos do processo de parturição, sendo necessária a sua participação em treinamentos, para que possa compreender as demandas da gestação, do trabalho de parto, do parto e do puerpério.

A escolha do acompanhante e a importância da lei 11.108/2005

A mulher deve ser respeitada em sua individualidade, sendo ela, a principal envolvida, deverá participar das decisões relacionadas ao nascimento do seu conceito, retratando a humanização desde o início da parturição (FRIGO *et al.*, 2013). A lei 11.108/2005 assegura à mulher a escolha do acompanhante, estando os serviços de saúde da rede própria ou conveniada, obrigados a permitir a presença de um acompanhante indicado por ela.

Em estudo realizado por Santana *et al.* (2012) identificou-se a semelhança com os resultados encontrados nesse estudo, de que as usuárias tinham a preferência de escolha do companheiro como acompanhante durante o pré-parto e parto, afirmando-se portanto que se trata de um evento familiar, que deve ser compartilhado e não apenas restrito à mulher e ao filho. A preferência foi expressa por meio dos seguintes relatos:

Ah eu teria gostado que o pai fosse né? (Puérpera 30).

Ele mesmo, ele queria acompanhar, porque esse era o primeiro filho dele, aí tudo ele queria saber (Puérpera 31).

Apesar de a gestação ser uma coisa maravilhosa, a gente fica muito insegura (...) a gente precisa muito de uma pessoa do lado e quando é o companheiro é melhor ainda (Puérpera 33).

O cumprimento da lei 11.108 foi constatado quando em um dos relatos foi evidenciada a participação de um acompanhante diferenciado, pois não possuía relação de parentesco, como nos demais casos:

Minha vizinha ficou comigo (...). Aí ela fez massagem em mim, foi no banheiro comigo (...) Ela ficou falando lá com a enfermeira e disse pra eu pegar um pano pra colocar força e pra molhar as costas. Ela viu o parto, foi lá na sala do pré-parto (...) Ela segurou na minha mão, foi tão agoniado (Puérpera 45).

Em estudo desenvolvido por Bruggemann *et al.*, (2013) foi possível constatar semelhança com este resultado, dada a presença do acompanhante escolhido pela mulher em todos os setores, sem distinção de quem deveria acompanhá-la, cabendo somente a ela essa decisão.

A lei 11.108/05 assegura à mulher o direito ao acompanhante de sua escolha em todos os momentos do trabalho de parto, parto e pós-parto. Contudo o seu descumprimento foi evidente nas declarações:

Uma prima do meu marido ficou comigo lá no pré-parto. Eu cheguei, tinha dilatado 7 cm, aí já fui com ela pro pré-parto(...) A Enfermeira sugeriu que ela entrasse, só que lá na sala que eu ia entrar tinha outra mulher que ia fazer curetagem, aí disseram que não podia (Puérpera 22).

Sempre é importante né? O pai do bebê acompanhar. Foi umas 20h da noite, só que não deixaram ele entrar na sala de parto, porque outra mulher tava tendo o bebê né? E ela tava nua (Puérpera 35).

A falta da infraestrutura necessária para atender à mãe, o bebê e seu acompanhante, compromete o direito de privacidade da Puérpera e também de autonomia sobre ter o acompanhante de sua escolha para assistir ao parto, independente do sexo do acompanhante escolhido por ela e/ou quaisquer procedimentos que se realizariam na sala de pré parto e parto.

Conforme estudo realizado por Bruggemann *et al.* (2013) foi possível identificar semelhança de justificativas para a não-permanência do acompanhante na sala de parto, destacando-se a inadequação da área física para a inserção do acompanhante, insucesso na opção de escolha do acompanhante pela parturiente, sendo declarado que a equipe havia feito restrição do acompanhante por estar utilizando a mesma sala para realizar curetagem, ou quando outro parto estaria sendo realizado simultaneamente.

O Ministério da Saúde (2005) afirma que as redes de atenção à saúde são obrigadas a permitir a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no entanto, observou-se que em muitos momentos a lei foi descumprida, o que pôde ser observado nos discursos abaixo:

Foi minha cunhada que veio comigo. Mas lá na hora do parto, ela não tava lá dentro não, porque não deixaram (Puérpera 42).

Não. Porque eles disseram que não pode entrar, só ficou eu, a enfermeira e o Doutor (Puérpera 43).

Eu sei que quem pode ser o acompanhante é a mãe, ou a irmã, o marido. Só que Esposo nenhum pode (...) Eles dizem que o acompanhante pode ser qualquer pessoa. Só que lá na hora, eles falam, não tem nenhuma mulher aí contigo não? (lágrimas descendo) que é melhor né? (...) eu tive foi umas 20h da noite, só que não deixaram entrar na sala de parto (Puérpera 35).

Nota-se uma divergência de informações em relação aos motivos para a entrada e proibição da presença do acompanhante na sala de pré-parto e parto, sem motivos aparente para algumas gestantes; outrora, aliado a este acompanhante ser do sexo masculino e pai da criança para outras; sendo verificado o descumprimento da lei. Por meio do discurso das puérperas é evidente, ainda, o despreparo dos profissionais de saúde frente à atenção à gestante e sua família no que diz respeito ao incentivo à presença do acompanhante na sala de pré-parto e parto, que deveria ser dado pela equipe.

A proibição do acompanhante de escolha da mulher revela ainda, crime de violência obstétrica, expresso pelo sentimento de sofrimento emocional em não ter o seu direito assegurado, uma vez que a parturiente não teve a presença do seu acompanhante. Bruggemann *et al.* (2013) afirmam que o apoio da equipe de enfermagem deve ser de facilitar o processo de inserção do acompanhante, tendo em vista que esses profissionais possuem um contato mais próximo com a parturiente, verificando suas necessidades gerais, sendo portanto, o seu posicionamento decisivo para contribuir na efetivação da participação do acompanhante.

É necessário investigar em que abrangência a Lei do acompanhante, que vigora desde 2005, foi implementada nas maternidades, uma vez que, além de ser um direito das mulheres é também uma prática benéfica (BRUGGEMANN *et al.*, 2013). Neste sentido, o conhecimento sobre a existência da lei só foi relatado por duas puérperas participantes do estudo, as quais a conheceram de maneira casual no momento da internação na maternidade, em que visualizaram quadros e por informação de terceiros, o que é firmado a partir dos relatos:

Não, eu sabia. Mas, de alguém informar não. Já sabia por folhetos e li alguns quadros na recepção. Mas, nenhuma informação direta. Só por foto (Puérpera 1).

Não, eu soube agora pouco, mas eu nunca tinha ouvido falar. Eu soube por uma colega que trouxe a filha dela pra cá, aí eu soube que o marido podia ser o acompanhante, podia participar do parto, podia saber de tudo (Puérpera 41).

Santana *et al.* (2012) afirmam que os serviços de saúde têm falhado, ainda que parcialmente, na divulgação da lei, seja por falta de interesse ou ainda por falta de conhecimento. A utilização de quadros que expõem as leis e portarias que asseguram os direitos conquistados dispostos nas

instalações da maternidade é de suma importância, uma vez que orientam e facilitam o acesso à informação, de maneira mais fácil para os usuários.

Entretanto, ainda não é o suficiente, sendo necessário que a equipe de saúde reforce o conhecimento sobre os direitos das usuárias, pois nem sempre é possível ler o que está disposto, devido a fatores como: o nível de escolaridade, falta de tempo e até mesmo de interesse.

Assistência ofertada durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério

O Ministério da Saúde (2002) afirma que o objetivo primordial do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) diz respeito à assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania em prol da humanização.

Nesse estudo, a assistência ofertada no âmbito primário foi descrita a partir do incentivo dado pelos Enfermeiros e Médicos, durante as consultas de pré-natal e cursos, informando e estimulando para que as gestantes tivessem um acompanhante durante as consultas, além dos demais cuidados pertinentes à gestação, conforme a representatividade dos discursos:

Recebi, pela enfermeira lá do Postim. Ela disse que ele poderia ir pra me acompanhar nas consultas (Puérpera 18).

Eu recebi algumas informações, que é muito importante e que a gente se sente mais fortalecida assim (...) nesse momento da nossa vida (Puérpera 19).

Sim, recebi. Os enfermeiros do Postim sempre falam (...) que era bom ter um acompanhante pra me acompanhar, porque eu tava muito confusa, a minha gravidez todinha eu tava doente, anemia muito forte e infecção, então eles diziam lá que eu tinha que levar alguém (Puérpera 21).

Sim. Da enfermeira e da médica, disseram que era muito importante a participação do Pai (Puérpera 22).

Oliveira *et al.* (2014) afirmam que a implantação de tecnologias alternativas que estão relacionadas as relações de interação e acolhimento, são fundamentais para favorecer a evolução do trabalho de parto fisiológico, o que inclui a capacitação do acompanhante para esse momento.

No entanto, Santana *et al.* (2012) afirmam que a participação em cursos e/ou oficinas não garante o direito ao parto acompanhado. Mas, por meio do conhecimento ofertado nos cursos, principalmente sobre os direitos assegurados, seria possível promover o seu cumprimento, pois nem sempre o usuário conhece seus direitos. Apesar disso, apenas três puérperas relataram ter participado de eventos que foram organizados pela equipe de saúde, o que foi evidenciado nos relatos abaixo:

Eu participei de um (...) foi um grupo de gestantes, que era pras mulheres fazer ginástica e tudo (...) lá eles falavam da alimentação também, lá tem a enfermeira, assistente de saúde, fisioterapeuta, os dias que eu fui, eu gostei de mais (Puérpera 17).

Sim, fiz exercícios num clube lá que a Enfermeira fez uns exercícios lá com as gestantes e teve palestras sobre alimentação, sobre o parto, sobre vários assuntos (...) foi bom (Puérpera 19).

Participei, foi lá em Concordia, no CRAS, teve palestra, teve umas pinturas (...). A palestra era sobre como era o parto, que tinha um obstetra e mais outras coisas, como cuidar do neném (Puérpera 29).

É necessário enfatizar, que de acordo com o Ministério da Saúde (2011) todo cidadão tem direito ao atendimento e ao tratamento adequado e efetivo para seu problema, com recebimento de assistência humanizada, acolhedora e livre de qualquer discriminação. Durante a internação na maternidade foi relatada também a insatisfação com a assistência recebida, falta de informação em relação ao estado de saúde, de esclarecimento adequado sobre a classificação de risco e o porquê da existência desse protocolo de atendimento adotado na maternidade, sendo referidos nos discursos:

De alguns profissionais, foi ótimo. Já de outros, foram super ignorantes, são brutos. Eles pensam que estão fazendo um favor pra gente, sei lá (...). Os outros são cuidadosos, dão a atenção que a gente realmente quer receber (Puérpera 8).

No começo eu não achei bom, porque eu cheguei ontem com muitas dores e eles me deixaram lá embaixo. Aí me deram Buscopam, aí eles pareciam que não tavam nem aí. Aí depois ele foi lá e brigou e me mandaram pra enfermaria, aí a médica fez o toque e já disse que eu ia ter e me mandou pra sala de parto (Puérpera 9).

(...) Me disseram que a prioridade do hospital era só pros casos urgentes (...). Aí disseram que meu caso não era urgente, mas aí depois que atenderam todo mundo, ficou só eu e depois chegaram mais três e foram atendidas primeiro, aí entendi que eu tava sendo deixada de lado, não sabia de nada, nem que horas seria (Puérpera 43).

Sousa *et al.* (2013) afirmam que o acolhimento é indispensável para aliançar o profissional com a gestante, sendo possível estabelecer um grau de confiança. Conforme o Ministério da Saúde (2014) ao adentrar a maternidade a gestante passa por uma “triagem”, que é a Classificação de Risco, protocolo criado para priorizar o atendimento às pacientes que apresentam sinais e sintomas de maior gravidade e ordenar toda a demanda. Trata-se, portanto, de uma ferramenta de apoio à decisão clínica e uma forma de linguagem universal para as urgências obstétricas, contudo é necessário que o usuário compreenda todas as ações sobre seu atendimento, do contrário não receberá atendimento de forma integral e humanizada, estando sujeito a perecer à espera de informações.

Foi verificado um déficit de conhecimento em relação à lei 11.108, em sobremodo, para todas participantes, uma vez que apenas duas informaram ter o conhecimento do direito ao acompanhante de livre escolha, contudo, esta informação foi dada por terceiros ou ao ler os quadros dispostos na

maternidade. As informações ofertadas em relação à importância do acompanhante se deram diretamente pela equipe de saúde, na atenção primária e na atenção secundária. Porém essas informações foram superficiais, evidenciando o despreparo dos profissionais de saúde, uma vez que deveriam ofertar as informações pertinentes ao acompanhante de maneira completa.

CONSIDERAÇÕES

Destaca-se que os objetivos do estudo foram alcançados, pois foi possível conhecer os dados sócio demográficos e obstétricos das puérperas, suas percepções em relação ao direito ao acompanhante de sua escolha, a importância representada por ele no processo de parturição, sendo realizada também a suscitação da participação do companheiro na vivência do ciclo gravídico-puerperal, a distinção do papel do acompanhante em funções que não demandam conhecimento técnico e a avaliação da participação do enfermeiro na inserção do acompanhante, a partir do relato da genitora.

As limitações do estudo se detiveram ao estado emocional em que se encontravam algumas puérperas, não sendo realizada a pesquisa com treze mulheres, as quais não concordaram em participar da pesquisa pois se encontravam emocionalmente abaladas, estando oito delas frente ao diagnóstico de Sífilis e cinco em pós-parto imediato, não estando, portanto, aptas para responder ao questionário.

Sugere-se a investigação da abordagem realizada pelo Enfermeiro (a) frente à inserção do acompanhante na atenção primária e secundária, em que se poderão identificar as limitações, tratando em específico do acolhimento, respeito e responsabilidade na assistência prestada, se possível, por meio de capacitações para formar profissionais aptos a atender às gestantes e seus acompanhantes de forma integral e humanizada, para que estes possam vivenciar as novidades que a gestação traz, da melhor maneira possível.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, N. M. et al . Corpo e sexualidade na gravidez. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 3, p. 552-558, Junho 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 de Agosto. 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil. D. OFC DE 26/06/198, P.9273.

Brasil. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 28 p. : il. – (Série E. Legislação de Saúde) ISBN 978-85-334-1834-9.

BRASIL. Portaria nº 2418, de 02 de dezembro de 2005. **Regula a presença do acompanhante durante o trabalho de parto.** Diário Oficial da União 7abr 2005; Seção 1.

BRASIL. Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS- A Rede Cegonha.** Diário Oficial da União.

BRASIL. Portaria nº 569/GM, de 1 de junho de 2000. **Dispõe sobre o Programa de Humanização do Parto e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União.

BRASIL. Secretaria-Executiva. **Programa Humanização do Parto Humanização do Pré-Natal e Nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Diário Oficial da União.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). ISBN 978-85-334-1936-0.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 92 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde), ISBN 978-85-334-1643-7.

BRUGGEMANN, O. M. et al . **A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 432-438, Agosto. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300432&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 de outubro. 2016.

CARVALHO, I. da S. et al. **Acompanhantes no processo de nascimento: benefícios reconhecidos pelos enfermeiros.** J Health Sci Inst. 2013; 31(2): 166-71. Disponível em <https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/02_abr-jun/V31_n2_2013_p166a171.pdf>. Acesso em 20 de dezembro. 2016.

CARVALHO, C. F. da Silva et al. **O companheiro como acompanhante no processo de parturição.** Rev Rene. 2015 jul-ago; 16(4):613-21. Disponível em <https://www.researchgate.net/profile/Camila_Carvalho16/publication/282505015_2019-17584-1-

PB/links/561136ce08ae0fc513f2cc5a/2019-17584-1-PB.pdf?origin=publication_list>. Acesso em 20 de dezembro. 2016.

CARVALHO, V. F. de et al . **Direitos das parturientes: conhecimento da adolescente e acompanhante.** Saude soc., São Paulo, v. 23, n. 2, p. 572-581, Junho. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200572&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de dezembro. 2016.

DINIZ, C. S. G. et al . **Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascir no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S140-S153, 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300020&lng=en&nrm=iso> . Acesso em 11 de novembro. 2016.

DODOU, H. D. et al . **A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 18, n. 2, p. 262-269, Junho 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200262&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 de outubro.2016.

FRIGO, J. et al. **A enfermagem e o cuidado humanístico na parturição.** Revista UNINGÁ Revie.Vol.15,n.2,2013. Disponível em <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20130725_222014.pdf>. Acesso em 08 de janeiro. 2017.

Humanização do parto. **Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos /** Organização, Assessoria Ministerial de Comunicação ; Coordenação, Maísa Silva de Melo de Oliveira ; Redação, Andréa Corradini Rego Costa e Maísa Melo de Oliveira ; Revisão Técnica, Comitê Estadual de Estudos de Mortalidade Materna de Pernambuco. -- Recife : Procuradoria Geral de Justiça, 2015. 34 p; il.

LEITE, M. G. et al . Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 19, n. 1, p. 115-124, Mar. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 de Agosto. 2017.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais). Resenha.

OLIVEIRA, A. S. de et al . **Tecnologias utilizadas por acompanhantes no trabalho de parto e parto: estudo descritivo.** Online braz j nurs, Niterói , v. 13, n. 1, 2014 . Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-42852014000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 31 de outubro. 2016.

SANTOS, J. de O., TAMBELLINI C. A., OLIVEIRA S. M. J. V.. **Presença do acompanhante durante o processo de parturição: uma reflexão.** Reme, Rev. Min. Enferm. 2011jul/set;15(3):453-8. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/58>>. Acesso em 30 de dezembro. 2016.

SANTOS, L. M. et al. **Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo.** Rev Rene. 2012; 13(5):994-100. Disponível em <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1157/pdf>>. Acesso em 22 de agosto.2017.

SANTANA, M. de A. et al. **Perfil de gestantes e acompanhantes das oficinas para o parto acompanhado.** Cogitare Enferm. 2012 Jan/Mar; 17(1):106-12. Disponível em <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/26382>>. Acesso em 22 de agosto. 2017.

SILVA, R. da M. da et al . **Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 17, n. 10, p. 2783-2794, Oct. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 de novembro. 2016.

SOUZA, K. V. et al. **Prática do acolhimento na assistência pré-natal: limites, potencialidades e contribuições da enfermagem.** Rev Rene. 2013; 14(3):620-9. Disponível em : <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1517-385220130003&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 22 de agosto. 2017.

ZANATTA, E.; PEREIRA, C. R. R. **Ela enxerga em ti o mundo: a experiência da maternidade pela primeira vez.** Temas psicol., Ribeirão Preto , v. 23, n. 4, p. 959-972, dez. 2015 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2015000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 de outubro. 2016.

CAPÍTULO 10

ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIOESPIRITUAIS DO CLIMATÉRIO EM MULHERES DE UMA COMUNIDADE EVANGÉLICA DO INTERIOR DO MARANHÃO

*Ruth Fernandes Pereira
Euzamar de Araujo Silva Santana
Ruhena Kelber Abrão*

INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2018) observa-se um grande aumento da expectativa de vida das mulheres por grupo etário nos últimos anos, esse processo de feminização do envelhecimento é comprovado pela expectativa de vida. Enquanto os homens chegam aos 72,7 anos, em média, as mulheres tendem a viver até os 79,8 anos. Estimativas mostram que em 2060, haverá um contingente de 40,6 milhões de mulheres idosas e apenas 33 milhões de homens.

Em outras palavras, há uma grande quantidade de mulheres que estão ou estarão vivenciando o climatério que, de forma geral, corresponde ao período não mais reprodutivo da vida da mulher e assim continuará a viver um bom período após a menopausa (o cessar das menstruações), tornando necessária a priorização dessa população na promoção de ações de atenção à saúde e de estudos. Neste sentido, a síndrome climatérica ganha grande importância, haja vista que o aumento da expectativa de vida das mulheres as coloca em um período maior de convivência com as alterações e as sintomatologias do climatério (BRASIL, 2017).

É importante ressaltar que as condições hormonais não são apenas um fator determinante da intensidade e do aparecimento das manifestações climatéricas, mas existem outras variáveis relacionadas ao perfil e às condições sociais, ambientais, religiosas, culturais, demográficas, laborais e psicológicas que, de certa forma, estão entrelaçadas no decorrer da síndrome, que apesar de estar diretamente vinculada ao ciclo fisiológico feminino sua expressividade pode variar até mesmo de localidade para localidade (HERRERA *et al.*, 2017).

A literatura se mostra divergente quanto à precisão e a ocorrência dos sintomas, porém, em grande parte, afirma que vai além do fenômeno da menopausa em si, pois este pode ser apenas um meio facilitador, à medida que apresenta-se de forma subjetiva, dependendo além das condições mencionadas acima, da própria percepção e do nível de conhecimento da mulher sobre esse processo, fazendo-se necessária avaliação desse saber de forma qualitativa, de modo a refletir a

singularidade do ciclo climatérico (BRITO *et al.*, 2017; AMARAL, 2018) coincidindo assim com objetivo desse estudo científico.

Compreendendo a importância do fornecimento de orientações realistas às mulheres, concernentes às mudanças advindas com o climatério em sua subjetividade e que essas podem influenciar na maneira como lidam com as alterações e sintomas. Fato este que pode gerar impactos biopsicossocioespirituais nas relações interpessoais e no meio em que vive, faz-se necessária a elaboração de estudos que visem compreender a singularidade desse processo, em diversos âmbitos, como este desenvolvido, que avaliem o conhecimento e concedam orientações e direcionamentos, a fim de promover um novo olhar sobre esse período e enriquecimento científico a respeito do assunto.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi conhecer os aspectos e as implicações biopsicossocioespirituais do climatério, em mulheres pertencentes a uma comunidade evangélica, especificamente, avaliando o conhecimento destas sobre o climatério, identificando as manifestações mais recorrentes e as alterações físicas e psicossociais que influenciam na autoimagem e na sexualidade, bem como as questões da espiritualidade e a sua influência sobre as manifestações que as mesmas apresentam.

Partindo dos estudos analisados, dos objetivos supracitados e levando em consideração os diversos aspectos do climatério na vida da mulher, o presente estudo partiu da seguinte pergunta de pesquisa: “Considerando os aspectos biopsicossocioespirituais do climatério, como o mesmo é compreendido e vivenciado pelas mulheres de uma comunidade evangélica do interior do Maranhão?”.

REFERENCIAL TEÓRICO

Marcos do Envelhecimento Feminino

Naturalmente, a mulher passa por diferentes ciclos concretos e objetivos em sua vida, dentro do processo de desenvolvimento sexual e reprodutivo que a levam a mudanças em suas características femininas e em todo o seu âmbito biopsicossocial. Essas etapas iniciam-se desde a infância e seguem por toda a vida, tendo como marcos a menarca (primeira menstruação) na puberdade, menacme (período fértil), gravidez, Climatério e Menopausa (ARANHA *et al.*, 2016; BRASIL, 2008; SOUZA, 2015).

Em termos fisiológicos, com o envelhecimento há uma progressiva redução da atividade ovariana com a diminuição dos seus folículos, que por razões desconhecidas, inicia-se antes mesmo da menarca, tornando-se mais acentuada aos 40 anos, provocando inicialmente as irregularidades

menstruais devida significativa atenuação na produção e liberação dos hormônios sexuais femininos (estrogênio e progesterona) e dos seus estimulantes, hormônio folículo estimulante (FSH) e hormônio luteinizante (LH), cuja função é regular a atividade ovariana e determinar a condução fisiológica geral, bem como as características femininas sexuais e reprodutivas (BRASIL, 2017).

Correspondente a isso, o Climatério é definido como um processo biológico (e não patológico) de transição entre o período reprodutivo para o não reprodutivo que, comumente ocorre entre os 40 e 65 anos, podendo suceder-se de forma precoce antes dos 40 anos (menopausa precoce) ou tardia após os 55 anos. O marco dessa fase é a Menopausa, tida como a interrupção da menstruação permanentemente, constatada após um período de um ano. Apropriadamente, esta pode ser induzida a partir de intervenção cirúrgica para retirada dos ovários com ou sem histerectomia (retirada do útero). Em ambos os casos a mulher passa por uma série de alterações corporais e funcionais (BRASIL, 2008; SÃO PAULO, 2016).

Tendo em conta que aparentemente a idade da mulher para o início normal da transição menopausal é geneticamente traçada pela quantidade de folículos ovarianos, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2010) pontua outros propulsores que podem influenciar o início dessa fase. Sendo eles, os fatores socioeconômicos (longa jornada de trabalho, excesso de atividade e estresse), paridade (mulheres que nunca tiveram partos), nutrição deficiente e a habitação em locais de altitude elevada. Para Ferreira (2016) o tabaco também entra nessa conjuntura como um fator de risco modificável, pois ao gerar transtorno na função ovariana, antecipa o início da menopausa.

Ademais, uma das primeiras regulamentações para classificação padrão do envelhecimento reprodutivo feminino teve sua elaboração no *Stages of Reproductive Aging Workshop* (STRAW) em 2001, uma organização de nomenclaturas e estadiamento, cujo objetivo era torná-las aplicáveis, de maneira geral e não para cunho apenas diagnóstico, pois não é certo que todos os estágios se manifestem ou ocorram de forma simultânea, algumas mulheres poderão pular etapas ou ter oscilações entre os estágios. Face ao exposto, nessa determinação, o termo geral preferível para determinar o climatério seria transição menopáusic (HOFFMAN *et al.*, 2014).

Segundo a Sociedade Norte-Americana de Menopausa (NAMS) e a Associação Brasileira de Climatério (SOBRAC) (2015), o Conselho das Sociedades Afiliadas da Menopausa (CAMS) anteriormente ao sistema STRAW, também já havia estabelecido definições para os eventos advindos com a menopausa. Embora que a padronização da STRAW redefiniu e destrinchou mais os termos, a do CAMS ainda permanece sendo mais comumente utilizada. Assim, de acordo com os órgãos acima citados e Hoffman *et al.* (2014) a esquematização da STRAW possui sete estágios entre a vida reprodutiva e a pós-reprodutiva e três categorias principais como evidencia o Quadro 1.

Quadro 1: Categorias e Estágios do Climatério

Categorias	Estágios	Descrição
<p>Estágio Reprodutivo/Pré-menopausa</p> <p>Corresponde a fase reprodutiva</p>	<p>Início, máximo/pico e o final/tardio da fase reprodutiva da mulher</p>	<p>Há uma normalidade do ciclo menstrual com as fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> - folicular ou proliferativa em que ocorre a maturação do óvulo e o espessamento endometrial com o aumento do FSH e conseqüentemente do estrogênio. -Periovulatória quando ocorre a liberação do óvulo devido o pico de LH e a formação do corpo lúteo advindo folículo residual. - Fase lútea marcado pela liberação de estrogênio e progesterona através do corpo lúteo e o maior enriquecimento do endométrio para a chegada e nidadação do embrião. <p>Se caso não houver a fecundação do óvulo pelo espermatozoide, há uma regressão do mantenedor dos níveis de hormônios sexuais (o corpo lúteo) seguido pela descamação da parte mais interna do útero (endométrio) e o sangramento menstrual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Já o estágio tardio, refere-se ao final do período reprodutivo com aumento do FSH para a estimulação dos demais folículos que estão em repouso.
<p>Transição Menopausal/Perimenopausa</p> <p>Corresponde o fim da fase reprodutiva e a chegada da menopausa</p>	<p>Precoce e Tardio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciclo menstrual irregular, refletido pelo aumento da instabilidade da secreção dos hormônios sexuais. - Ovulação inconsciente (a caminha da menopausa). 	<p>Ocorre modificações no controle hipofisário do sistema nervoso central e estreitamento folicular de forma acelerada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estágio Precoce: os ciclos menstruais podem ter irregularidade, com predomínio de ciclos curtos e normais, ocorrendo diminuição do hormônio anti-mulleriano (AMH) que controla o crescimento e a seleção folicular dependente do FSH, assim como a elevação de LH e FSH, engatilhando um descontrole na ação dos hormônios em suas determinadas fases do ciclo menstrual. • Estágio tardio: as variações rítmicas periódicas de progesterona e estrogênio tornam-se mais frequentemente instável, ocasionando nas mulheres sangramento irregular com episódios de oligomenorreia (ciclos com períodos superiores a 35 dias) e amenorreia (ausência de menstruação), levando por fim o estabelecimento da menopausa.
<p>Estágio Pós-Menopausa</p> <p>Corresponde ao período da menopausa</p>	<p>Precoce e Tardio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Precoce: os primeiros 5 anos após o cessar da menstruação que abrange uma acentuada redução hormonal. • Tardio: 5 anos seguidos da última menstruação até a morte.

Fonte: NAMS e SOBRAC (2015), Hoffman *et al.* (2014).

É importante acrescentar que em termos de percentual, cerca de 90% das mulheres que adentram na perimenopausa tendem a permanecer nesse estágio de 4 a 8 anos até que se estabeleça de vez a menopausa. No início dessa transição as alterações nos ciclos e no volume menstrual podem ser surtis, normalmente o ciclo de 28 dias converte-se para menos, com fluxo indeterminado (intenso, leve ou só uma borra). Posteriormente, no avançar dos anos, vem a ausência de alguns períodos menstruais com estabelecimento depois de um ciclo normal (NAMS; SOBRAC, 2013).

Alterações Climatéricas

Com o novo cenário entrelaçado pelas alterações hormonais que interferem diretamente na fisiologia e na morfologia da mulher, no climatério, grande parte apresentam sinais e sintomas que variam de mulher para mulher em sua intensidade e pontualidade, podendo ter poucas que atravessam essa fase sem qualquer manifestação relatada. Essas mudanças trazem consigo repercussão no bem-estar geral, na autoestima, longevidade e na qualidade de vida, sendo de maior interferência os de ordem afetiva e psicossocial (BRASIL, 2016).

Nesse contexto, as manifestações climatéricas dividem-se em transitórias (caracterizadas por uma sintomatologia aguda e alteração no ciclo menstrual) e em alterações não transitórias constituídas principalmente por fenômenos atroficos, perturbações urogenitais, desarranjos no metabolismo lipídico e ósseo e ganho de peso (BRASIL, 2010). Consoante a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2010), NAMS, SOBRAC (2015) e o Ministério da Saúde (2016) as manifestações transitórias que evidenciam o declínio hormonal são de procedência:

- Neurogênica: envolvendo os sintomas mais comuns da chegada do climatério, isto é, calafrios, sudorese (suor excessivo), cefaleia, fogachos (ondas de calor), palpitações, tonturas, parestesia (sensações incomuns na pele, como formigamento), fadiga, insônia e lapso de memória.
- Menstrual: com irregularidade nos intervalos e duração do ciclo menstrual. Sendo esse e os fogachos, os sinais mais percebidos e associados à menopausa pelas mulheres, quando entram na faixa dos 40 anos.
- Psicogênicas: com irritabilidade, baixa-autoestima, ansiedade, melancolia, labilidade afetiva (instabilidade nas emoções e no humor), sentimentos depressivos, insônia, pouca concentração, problemas sexuais, dificuldade na tomada de decisão, memória e concentração.
- Sexuais: que partem de causas multifatoriais de domínio biopsicossocioespiritual. No entanto, a maioria das mulheres relaciona às alterações hormonais, anatômicas e funcionais, devido à atrofia e a pouca lubrificação do canal vaginal, com a queixa de dispareunia (dor na relação sexual).

Compreendendo que o climatério estar ligado ao processo de envelhecimento, algumas mudanças não transitórias podem emergir com a menopausa e permanecer mesmo na pós-menopausa, o que serve de indicativo muitas vezes para problemas de saúde ou apenas de sinais da senectude. O Ministério da Saúde (2008), São Paulo (2016) e NAMS; SOBRAC (2015) retratam que as alterações não transitórias do climatério são:

- Alterações Urogenitais: como prolapso genitais / distopias (causado por diversos fatores como paridade e constituição osteomuscular, mas pode surgir ou agravar-se com a insuficiência estrogênica por diminuição da elasticidade, o que leva a hipertrofia muscular ligamentar. Esse adelgaçamento geral relaciona-se também ao processo de catabolismo do envelhecimento), incontinência urinária (perda não voluntária da urina, relacionado a diversas causas, mas agravado com o envelhecimento e na mulher com diminuição da ação estrogênica), fenômenos atroficos geniturinários que grande parte das mulheres apresenta, com adelgaçamento uretral (trazendo dor ao urinar, urgência miccional, e outras condições) e vaginal, que aliado à diminuição da lubrificação pode dificultar as relações sexuais após a menopausa.
- Distúrbios Metabólicos: envolvendo a redução de estrogênio nas alterações metabólicas lipídicas, com o aumento das frações de colesterol, triglicerídeos e Lipoproteínas de Baixa Densidade (LDL) e diminuição das Lipoproteínas de Alta Densidade (HDL) considerada a ideal para o controle do metabolismo da gordura corporal, essas condições favorecem acometimentos patológicos como obesidade, dislipidemia, infarto agudo do miocárdio, Acidente Vascular Encefálico (AVE), doença coronariana e aterosclerose (placas de gordura na parede das artérias) e risco elevado de tromboembolismo. No metabolismo ósseo, além da própria idade favorecer a gradativa rarefação óssea, a queda do estrogênio na mulher diminui o funcionamento dos osteoblastos (responsável pela síntese dos componentes essenciais para os ossos), mediando de maneira progressiva a osteopenia (redução da capacidade de restauração óssea) e a osteoporose definida como uma fragilidade esquelética proporcionado pela baixa composição da massa e qualidade óssea.
- Alterações tegumentares: no que envolve o hipoestrogenismo é passivo a hipertricose (surgimento de pelos) e alopecia e com a diminuição do colágeno e baixa hidratação da pele o seu ressecamento e adelgaçamento, permitindo o surgimento de rugas, manchas, possíveis lentigos (sardas) e com exposição ao sol aparecimento de pigmentos escuros (melanose). As mamas podem aumentar e se tornarem mais pêndulas e flácidas.

- Alterações na cavidade bucal: referente às modulações metabólicas, tróficas e circulatórias, que propiciam a retração e descolamento gengival, favorecendo a queda dos dentes, infecções e cáries.

Em termos epidemiológicos, os problemas de saúde mais frequentes no Brasil em mulheres climatéricas, são as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). As cardiovasculares, em termos gerais, representadas por 40% de mortes, com o risco para esses acometimentos influenciados pelo aumento da idade, atingindo quase 50% da população com mais 60 anos. No Brasil, conforme dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) 2016 o diagnóstico para hipertensão arterial foi maior em mulheres (27,5%) do que em homens (23,6%) com a frequência associada ao envelhecer (BRASIL, 2017).

É evidente que as muitas alterações supracitadas podem estar vinculadas à menopausa, ao próprio envelhecimento ou a ambos. A variável das manifestações, a sua intensidade e nível de desconforto dependem de como as mulheres incorporam à sua vida o autocuidado e as mudanças no estilo de vida (MEV), principalmente para a prevenção das comorbidades crônicas. A prática de exercícios físicos, dieta equilibrada e nutritiva, atenção para o peso, deixar de fumar, reduzir a ingestão de álcool e cafeína, atividade de lazer, recreação e *hobbies*, podem contribuir efetivamente para uma melhor qualidade de vida e um envelhecer saudável (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019).

Aspectos Psicossociais e Espirituais no Climatério

É notório que as muitas alterações físicas na mulher climatérica têm grande efeito no bem-estar psicossocial, na medida em que o envelhecer também exige certas adaptações psicológicas e emocionais, não sendo determinado pela cronologia ou papel social, mas fortemente relacionado à sua visão pessoal, dado que esse período favorece o surgimento de problemas com autoimagem correlacionado às marcas da velhice (BRASIL, 2008; SOUZA, 2015).

De maneira previsível, essas mudanças corporais impactam de grande maneira a mulher, pois no momento em que percebe que está perdendo os “encantos” da mocidade, ao tornar-se menos atraente, sente-se desmotivada e insatisfeita. Como também, devido o equívoco de considerar o Climatério como o fim da vitalidade ou uma doença, interligado a consideração de muitos do seu convívio social como algo pejorativo, passando a encarar essa etapa de forma negativa, podendo desencadear sofrimento psíquico, principalmente na sexualidade, tendo dificuldades em determinar sua própria experiência neste novo momento (BRASIL, 2016; BRASIL, 2008; SOUZA, 2015).

Apesar de o aspecto físico ter uma determinada influência no ciclo biológico-reprodutivo feminino, não se deve categorizá-lo como o apogeu do climatério limitando esse período à dimensão biológica, uma vez que as mudanças hormonais e as sintomatologias variáveis associadas a uma desvalorização estética que sinalizam a senectude, podem propiciar enfretamentos psicossociais. Nitidamente como uma etapa de muitos desafios, permeada por diferentes mudanças em todo o contexto biopsicossocial da mulher, a transição menopáusic, muitas vezes, é marcada pelo crescimento e a independência dos filhos, por pais idosos, perdas de familiares, crises matrimoniais e separações (que são bem comuns nessa fase) que em conjunto às mudanças corporais, geram um turbilhão de impactos na qualidade de vida da mulher (BRASIL, 2008; BRASIL, 2016).

Levando em consideração a visão de integralidade, assim como os aspectos biopsicossociais, a espiritualidade é um dos componentes que formam a individualidade do ser humano na sua percepção de existência, mesmo quando não é associada a uma religião ou entidade, esta proporciona fé, paz, esperança e muitas vezes o conforto que permite dar sentido à vida e a passar por acontecimentos graves que exigem adaptação, como no caso de doenças terminais. Já a religiosidade, ao compor em parte a formação da dimensão espiritual, constitui as crenças e doutrinas de um determinado grupo, que influenciam diretamente nas características morais, sociais e comportamentais de um indivíduo (TAVARES *et al.*, 2016; MATOS, 2016).

Referente à mulher, mesmo que tenha ampliado o seu papel social nas últimas décadas, no campo religioso cristão ainda é reforçada a visão androcêntrica do dever feminino atrelado à função de administradora do lar, de mãe e esposa submissa, a apoiar o marido, com a responsabilidade de satisfazê-lo sexualmente. Muitos grupos evangélicos até aprovam o prazer da mulher no ato sexual, mas colocam em supremacia o compromisso dessa prática com a procriação e com o marido (DUARTE, 2017).

Nessa conjuntura, tendo em vista que a sexualidade humana é determinada por aspectos socioculturais, religiosos e psicológicos, bem como pela condição de saúde física e mental, qualidade de vida e a autoestima, no climatério, por envolver todas essas particularidades, torna-se um dos pontos mais afetados nas mulheres, visto que existem muitos preconceitos e tabus que ainda atrelam a função reprodutora à sexual, a beleza física à atração erótica e a função ovariana à sexualidade, adjunto ao aparecimento de sintomas e dificuldades que favorecem o desconforto no ato sexual e diminuem a libido (BRASIL, 2008).

Ao considerar que o desejo sexual depende da qualidade do relacionamento, algumas medidas podem melhorar a sexualidade da mulher nesse estágio, a exemplo do respeito, diálogo, atitudes de carinho e companheirismo do parceiro, além da estimulação sexual de forma prolongada, por meio de preliminares e carícias antes da penetração e a utilização de lubrificantes, descobrindo

formas e zonas de prazer que melhor se adequem ao casal e tornem o sexo confortável e agradável (BRASIL, 2008; CARVALHO, 2018).

Assim, fica evidente que o Climatério incide em todos os aspectos biopsicossocioespirituais e se apresenta singularmente a depender do contexto em que a mulher está inserida e da sua capacidade de resiliência. Podendo interferir na qualidade de vida, especificamente na saúde física, perfil psicológico, vida sexual e social, principalmente quando não há autocuidado, autoconhecimento, apoio familiar e bons hábitos de vida (BRASIL, 2008; ERBIL, 2018).

METODOLOGIA

Tendo em vista o objetivo do estudo em conhecer integralmente os impactos gerados pelo climatério em mulheres de uma comunidade evangélica, a presente pesquisa consiste em um estudo de campo, exploratório, com abordagem qualitativa. De acordo com Gil (2008) a pesquisa exploratória tem como finalidade esclarecer, averiguar, aprimorar e apresentar ideias e perspectivas de uma realidade, a fim de conceder e expor conhecimentos sobre o fenômeno que se deseja pesquisar, além de favorecer uma melhor formulação do problema e a construção de hipóteses, possivelmente constatáveis, abrindo um leque de possíveis estudos posteriores, a partir do primeiro. Comparada às outras modalidades de pesquisa, a exploratória possui em seu planejamento menor rigidez e maior flexibilidade, associando-se diretamente com a abordagem qualitativa.

A abordagem qualitativa por sua vez, corresponde a uma modalidade de pesquisa aberta que visa se aprofundar e compreender as percepções e aspectos da realidade dos participantes não quantificadas, em seu âmbito natural, a partir das suas convicções, significados e experiências, de maneira a revelar suas subjetividades (BARDIN, 2016). Sendo assim, desenvolve-se de forma flexível em todas as etapas de construção: hipótese ou ideia, problema, estudo do campo, definição da estrutura do estudo (plano de ação para a coleta e instrumento) e da amostra e a forma de acessá-la, coleta de dados, avaliação dos dados, interpretação e no fim, a elaboração e exposição dos resultados alcançados (SILVA *et al.*, 2018).

A pesquisa teve como sujeitos mulheres na fase climatérica, pertencentes a uma comunidade evangélica localizada em um município do interior do Maranhão. Foram selecionadas 10 mulheres, sem restrição (classe social, escolaridade...), a partir da aprovação e auxílio do líder da igreja. A quantidade de participantes estabelecida visava a não saturação dos dados. Foram incluídas as que estavam na faixa etária entre 35 e 65 anos, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde (2008) como o período climatérico, que concordaram em participar ao assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e as que pertenciam à comunidade evangélica. Sendo excluídas

mulheres que não aceitaram responder todas as questões, que demonstraram falta de interesse ou receio em participar da pesquisa e as que não concordaram com gravação de áudio da entrevista.

No primeiro momento da coleta de dados, estabeleceu-se contato com as mulheres que se encaixavam nos parâmetros da pesquisa via aplicativo de mensagens instantâneas, *WhatsApp*, por meio do número disponibilizado pelo pastor da igreja, a fim de adquirir o consentimento para a participação no estudo.

Realizou-se em outubro de 2020 uma visita domiciliar a cada mulher, para aplicação do formulário semiestruturado com seis perguntas abertas sobre o climatério, de maneira individualizada. Ao ser lançado o convite para pesquisa, as entrevistadas foram informadas acerca dos aspectos éticos e legais envolvidos, qual era o objetivo primordial e como se conduziria a coleta de dados. Com a explicação e leitura do TCLE, deu-se a assinatura deste pelas participantes. Cientes de todos os termos legais e com a assinatura do TCLE, procedeu-se à coleta das respostas por meio de gravações de áudios com duração média (total) de 40 minutos, assegurando assim o sigilo e melhor captação das mensagens subjetivas, linguagem e da percepção das emoções por meio da fala.

Em conformidade com a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, a coleta de dados só ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Imperatriz - Facimp Wyden, com o número do parecer 06/2020. Sendo acima de tudo preservada a privacidade, o anonimato e individualidade dos sujeitos que participaram do estudo, adotando para as mulheres evangélicas o termo “Mulher” seguido do número de ordem da entrevista e idade.

Posteriormente, as entrevistas foram transcritas na íntegra e organizadas por ordem cronológica, para serem submetidas à análise de conteúdo elaborada por Bardin (2016). Esse método compõe-se por um conjunto de técnicas que se objetiva em analisar as comunicações sistematicamente, apresentando a descrição do conteúdo das mensagens e dos indicadores sem a interferência do pesquisador, aplicando-se todo relato feito em depoimentos ou entrevistas na íntegra (BARDIN, 2016).

A sistematização da coleta seguiu a etapas apontadas pelo próprio método de Bardin (2016): pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados; inferência e interpretação. Na pré-análise realizou-se a leitura flutuante de todo material averiguando as ideias por meio de uma visão ampla e sistemática do conteúdo, as formas, expressões e a construção do *corpus*. Na preparação e exploração do material, foram extraídas partes das falas que melhor refletiam os resultados, bem como as crenças e vivências, seguido pelo seu tratamento em bruto e interpretação.

A organização do material para codificação, após os recortes e seleção das partes mais relevantes, seguiu na agregação e a padronização temática para o tratamento dos resultados por meio

da categorização, que reuniu os elementos das mensagens por suas semelhanças que dão significância ao seu conteúdo, conforme as questões utilizadas no formulário. Em conformidade com isso, os resultados foram agrupados por categorias.

Para uma melhor exposição da pesquisa seguiu-se para a inferência, técnica de análise das comunicações, cujo objetivo é descrever o conteúdo das mensagens do emissor, pondo em evidência a finalidade implícita ou explícita, de forma a deduzir de maneira lógica pontos de vistas, a partir dos enunciados selecionados e sua interpretação (FRANCO, 2005).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para uma categorização que viesse atender à temática e aos objetivos da pesquisa, utilizaram-se as perguntas da entrevista, percursoras do conteúdo das falas das mulheres, como chaves para a concepção de 4 categorias (Quadro 2).

Quadro 2: Perguntas da Pesquisa e as Categorias Propostas

Perguntas	Categorias
1) O que você entende por climatério/menopausa? Como você se considera em relação a essa fase? 2) Quais os sintomas ou alterações que você relaciona ao período do climatério/menopausa? Se você apresenta sintoma (as) cite (os).	Compreensão do tema Climatério/Menopausa e suas Alterações
3) Você acha que essa fase e as manifestações podem interferir na saúde mental da mulher e em suas relações com a família e coletividade? 4) Pra você, como o climatério e suas alterações interferem na visão da mulher acerca de si? Como você se percebe em relação a sua autoimagem e a autoestima?	Considerações acerca dos Aspectos Psicossociais, Autoestima e Autoimagem no Climatério
5) Em relação a sexualidade no climatério/menopausa, quais manifestações interferem nesse processo? Se possui alguma (as) cite (as).	Climatério e a Sexualidade
6) De que forma você acredita que as questões religiosas e de espiritualidade influenciam nas manifestações do climatério / menopausa ou no enfrentamento das mesmas?	Influência da Espiritualidade e da Religião no Climatério

4.1. Compreensão do tema Climatério/Menopausa e suas Alterações

Entender o climatério de forma a identificar as alterações que vem com esse processo é crucial, visto que segundo Amaral (2018) a compreensão das mudanças ajuda as mulheres a procurar formas e estratégias que ajudem no enfrentamento, bem como perceber a necessidade de cuidar da saúde. A falta de conhecimento pode acarretar déficit na qualidade de vida e no estado biopsicossocioespíritual, podendo ser equivocadamente considerada uma doença, ao associa-la ao declínio físico do envelhecimento, auxiliado pelo sentimento de incompreensão sobre o que lhes afeta (SOUZA, 2015; BRASIL, 2017).

Com base no conteúdo das entrevistas, a maioria das mulheres apresentaram dificuldade e insegurança em expor o que elas consideram ser climatério, chegando a relacionar diretamente a uma doença ou a sintomas, enfatizando que não sabem explicar ou que nunca procuraram compreender melhor esse processo, relacionando-o ao fim da menstruação (menopausa) e à alterações de humor e fogachos, consideradas as mais comuns e frequentes manifestações, como pode ser constatado nas falas a seguir:

Eu entendo que é um problema que chega pra gente, de saúde, que só os médicos podem resolver, é quando a mulher não tem mais menstruação (Mulher 1, 63 anos).

Eu não entendo muito bem pra explicar, mas é ter muitos sintomas, eu acho. Umas sentem um problema outra sentem outro, né. As pessoas falam do calorção né, uns dizem que o estresse já é a menopausa. Eu penso que é quando para né, a menstruação (Mulher 2, 46 anos).

Eu não entendo muito aprofundado né, porque nunca busquei esclarecimento a respeito, mas pelos sintomas que a gente sente ela prejudica de dentro pra fora, é o que entendo, é que vem aquela situação que nos deixa inquietas e traz alguns transtornos pra saúde, tanto mental como física (Mulher 4, 44 anos).

Eu entendo que é um tempo em que a menstruação começa a faltar e os hormônios diminuírem e também que traz alteração física e psicológica (Mulher 5, 48 anos).

Eu entendo que é uma fase da mulher, em que nessa tão falada menopausa vai apresentando vários sintomas, só que eu não sei todos (Mulher 6, 35 anos).

Eu não sei te falar assim, pra mim é assim, o fim do ciclo menstrual, já é quase assim, o final né (Mulher 7, 51 anos).

É época da mulher a partir dos 45 anos, em mim foi assim e a gente fica muito estressada, o calor, é uma coisa assim bem triste, viu? (Mulher 10, 59 anos).

Os dados corroboram com os resultados de uma pesquisa quantitativa realizada em um hospital de referência em ginecologia na capital do estado do Maranhão, a qual constatou-se que em relação ao climatério e os sintomas típicos, apenas 19% das entrevistadas afirmaram conhecer, enquanto que 38,4% não tinham nenhuma informação sobre e 42,6% referiram pouco saber (BRITO *et al.*, 2017).

Verifica-se com isso que muitas mulheres desconhecem ou entendem superficialmente, não sabendo que a menopausa só é estabelecida após um ano de amenorreia, existindo também variações entre três etapas (pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa). Sendo difícil para elas identificarem as alterações fisiológicas, hormonais e emocionais quando se apresentam ou retratar sobre, fundamentando-se ou comparando-se, muitas vezes, nas experiências de terceiras ou dos conselhos das próprias mães, respaldando-se em deduções ou até mesmo achismos acerca do tratamento e forma de alívio dos sintomas, como evidenciado nos relatos que seguem:

Eu entendo que desde criança nossa mãe falava que a menopausa seria aquele período difícil, que a gente ia sentir muito calor, que vem o estresse e a gente já cresceu com aquilo de quando chegasse aquele período da menopausa, começar a sentir tudo isso, o estresse e o calor e mais coisa que a gente nem lembra. E quando chegou realmente é o calor, o estresse, a gente diz assim “Acho que tô na menopausa por isso que eu tô assim” (Mulher 3, 43 anos).

Minha mãe sempre dizia do calor e chegou até a passar álcool nela pra esfriar (risos) (Mulher 5, 48 anos).

Tem umas mulheres que eu converso... que elas dizem sentir, agora eu mesmo não sinto tanto [...] Teve uma pessoa que me falou né, que ela sente muita dor (Mulher 6, 35 anos).

Quando eu convivia com a minha mãe de criação ela falava, que quando começa a sentir essas coisas com uns 35 anos de idade já tem que fazer o tratamento de menopausa, porque tem né? E muita gente não sabe. Pra cada uma tem uma forma que o médico faz né (Mulher 7, 51 anos).

Em relação ao fato de como se consideram, grande parte afirma que estão atravessando esse período como relatam as Mulheres 4 e 2. Em suas percepções o climatério se inicia aos 40 anos com os sintomas e vai até o momento em que a mulher para de menstruar e com isso ocorre o cessar de todos os sintomas, enquanto que as Mulheres 1, 7 e 8 afirmam já não estarem nessa fase, por não apresentarem tantas manifestações e por ter quase ou mais de 50 anos de idade, descrevendo como algo negativo. Nessa conjectura, dentro dos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde (2017) é justamente aos 40 anos (perimenopausa) quando ocorre o mais acentuado descontrole e atenuação dos níveis hormonais, o que pode acarretar, na mulher, a presença de alterações e sintomas de forma mais abrupta, prevalecendo até 55 anos ou de forma tardia ultrapassar essa faixa. No entanto Hoffman *et al.* (2014) evidenciam que não há uma norma, pois a mulher pode ou não atravessar todos estágios do climatério ou até mesmo oscilar entre eles.

Agora na minha idade eu não me considero na menopausa, porque pra mim é assim, quando passa as menstruações de 2 a 4 anos eu não sinto mais menopausa eu já sinto normal [...]. Eu com 46 anos parei a menstruação e com 50 já não sentia mais nada, depois de 4 anos que tinha parado (Mulher 1, 63 anos).

Aí a gente já se considera, quando passa dos 40 a gente já se considera, já tá no período até terminar esse negócio que vem todo mês (Mulher 3, 43 anos).

Eu ainda estou menstruando, mas ainda sinto os sintomas é por isso que quero consultar (Mulher 4, 44 anos).

É assim, antes era muito agora não sinto mais isso, aperreado foi até os 50, aquele calor da pressão de repente (Mulher 7, 51 anos).

Eu acho que eu já passei da menopausa, como eu já tenho 58 anos e a maioria das pessoas já terminou né (Mulher 8, 58 anos).

No tocante à forma como reagem a esse período também tem uma grande influência. Assim como na pesquisa de Amaral (2018) que apontou que só 2% das mulheres avaliadas entendiam que essa fase poderia ser positiva, pontuando em suas falas como uma etapa de amadurecimento, algo bom, tranquilo por não menstruar, somente três entrevistadas referiram-se à menopausa similar à essas concepções, ao positivar como uma fase de aperfeiçoamento, passageira e superável, que não considerava que interferia tanto em sua qualidade de vida e reputando como uma etapa da vida da mulher natural e não patológica, percepção comprovada nas falas abaixo:

Graças a Deus não sinto nada tão demais que venha atrapalhar (Mulher 3, 43 anos).

A gente tem certeza com os sintomas que tá na menopausa e se sente mais madura e alegre em relação à superação dessa fase e livre da menstruação que às vezes até incomoda, então não é tão ruim assim (Mulher 5, 48 anos).

É uma fase em que a pessoa está passando de uma vida normal de mulher adulta para uma vida voltando a que a gente iniciou no início da vida, falando sobre a questão das regras menstruais, a gente nasce sem elas e com o passar do tempo termina, quando vai chegando essa idade dos 40 anos pra lá (Mulher 8, 58 anos).

Apesar de que a transição menopáusica não deve ser considerada um fato padronizado ou universal, mas como algo relativo e singular, podendo variar de mulher pra mulher, o ponto de vista sobre o processo de envelhecimento pode ser de grande valia. Diversas pesquisas que apontam a abordagem transcultural (*cross culture*) exemplificam as mulheres orientais como as que melhores se adaptam e menos se afligem com a menopausa, pois cerca de 20% delas quase não descrevem sintomas físicos, justificando tal realidade não somente pelas questões socioculturais ou alimentares envolvidas, mas pela valorização que há do envelhecimento, diferente da visão dita pelas mulheres ocidentais (FELTRIN *et al.*, 2012; GARDENAL, 2014; ALENCAR, 2019).

Concernente à sintomatologia climatérica mencionada pelas entrevistadas, prevaleceram as manifestações transitórias de origem neurogênica e menstrual. Ditas como as clássicas desse período também retratadas em outros estudos em cerca de 50% a 70% das mulheres, envolvendo fogachos (ondas de calor), calafrios, dores nas pernas, cefaleia, irregularidade menstrual, indisposição e sudorese (FERREIRO *et al.*, 2015; AMARAL, 2018; BALEEIRO, 2019).

Calor, a gente fica assim mesmo. Só não fiquei doida porque Deus não deixa (Mulher 1, 63 anos).

O calor e menstruação bagunçada. Eu sinto o calor (Mulher 2, 46 anos).

O calor, que tá dormindo de noite e de repente tá frio e do nada esquenta, já muda a temperatura automaticamente (Mulher 3, 43 anos).

Vish! Calor intenso, irregularidade menstrual, dor de cabeça, pressão irregular. Eu sinto todos os sintomas e mais um pouquinho e muita fraqueza (Mulher 4, 44 anos).

Os principais é a dor de cabeça, que às vezes eu sinto, principalmente na fase da menstruação muito cansaço físico, muitas dores nas pernas, bastante mesmo! (Mulher 6, 35 anos).

Uma delas é a questão da evaporação do corpo mesmo, não sei falar o nome técnico, essa temperatura do corpo mesmo. De repente a temperatura vai lá pra cima, se medisse na hora dá bem uns 40 graus (risos) o famoso calorção (Mulher 8, 58 anos).

Logo, é de fundamental importância mencionar que segundo NAMS e SOBRAC (2015) apesar da variabilidade no padrão menstrual, é importante que cada mulher entenda e identifique essas mudanças, uma vez que pode ser indicativo de outros problemas biológicos que influenciam na resposta hormonal e propositalmente no ciclo menstrual, como no caso de distúrbios tireoidianos, reação de contraceptivos hormonais, miomas (tumores benignos no útero), adenomiose (cólicas e menstruação intensa), câncer, infecção ou até mesmo devido uma gravidez não esperada. Fazendo-se necessário assim reafirmar a importância das mulheres não só relacionarem as alterações à menopausa, mas procurarem definir de modo preciso a origem dos seus sintomas e as condições hormonais envolvidas.

Considerações acerca dos aspectos psicossociais, autoestima e autoimagem no climatério

Apesar das manifestações físicas do climatério trazer bastante desconforto, impactando o bem-estar da mulher, as de origem psicossociais não se mostram inferiores em suas ocorrências, pelo contrário, caminham em conjunto. Devido as flutuações hormonais, que se repercutem com mais veemência na perimenopausa, pode vir acarretar importantes distúrbios psíquicos e de humor, pois os esteroides sexuais determinam também a atividade de neurotransmissão cerebral, o que favorece alterações, como desânimo, ansiedade, sensibilidade emocional, insônia, irritabilidade e fadiga (BRASIL, 2016; BRASIL, 2010).

A parte cognitiva também entra nesse cenário com destaque para o comprometimento da concentração e memória. Ademais, cientificamente mesmo não existindo evidências que correlacionem esse período como fator causal para a depressão clínica, os fatores psicossociais e hormonais podem colaborar para o aparecimento desta ou de outros sintomas supracitados (BRASIL, 2016; BRASIL, 2010; NAMS; SOBRAC, 2015). Nas entrevistas, as mulheres descreveram

claramente algumas manifestações, demonstrando saber que há uma tendência no climatério para o seu surgimento ou intensificação, comprometendo a qualidade de vida e a saúde mental da mulher.

A mulher fica mais sensível, com sentimentos de carência, fica mais fragilizada, com alteração nos sentimentos e maior preocupação, parece que fica mais alterado o grau de pensamentos que preocupam, ficando mais fácil até de se irritar, de se sentir na necessidade de ser mais compreendida (Mulher 5, 48 anos).

É porque a pessoa fica preocupada, tem mulher que sente ruim, porque às vezes amanhece mole, sem vontade de fazer nada e os ossos vão ficando fraco, aí sente moleza, não dar nem ânimo, só desânimo (Mulher 7, 51 anos).

Tem pessoas que já têm hereditário e junta com essa situação né, e muitas insônias também, a mulher perde o controle emocional, vive chorando por qualquer coisa, triste por qualquer coisa também, toda sensível (Mulher 8, 58 anos).

Em termo da preocupação, se a gente se preocupar muito eu acredito que atinge, se a gente ficar muito pensativa, atinge o psicológico e a saúde mental. A insônia também é uma das dificuldades na noite né pra dormir (Mulher 9, 47 anos).

Se a pessoa não se cuidar, deve procurar um psicólogo, né. A mulher fica mais irritada, fica agitada, estressada (Mulher 10, 59 anos).

Congruente ao enfatizado, em estudo qualitativo com o intuito de descrever as percepções, enfretamentos e os sintomas de mulheres no climatério, no seu lócus de trabalho, grande parte dos relatos demonstraram altos níveis de estresse e preocupações, amplificados pelos sintomas físicos e situações cotidianas. Muitas das participantes enfatizaram o climatério de forma negativa, como uma fase difícil, que traz desespero, desconforto, perdas, como o marco da senectude, do declínio intelectual e diminuição da feminilidade (BENETTI *et al.*, 2019).

Todavia, Martins (2018) evidencia o climatério como uma fase de readaptação e reformulação das relações de uma mulher tanto consigo mesma quanto com os demais, por representar uma nova fase da vida, recoberta de mudanças, decorrentes de alterações biológicas, psicológicas e emocionais, devendo ser considerado o acontecimento marcante da meia-idade.

No entanto, muitas vezes, é colocado como alvo de mau entendimento, variando muito no modo como os sintomas são explicitados, percebidos e conhecidos, principalmente pelas pessoas do convívio da mulher ou seus familiares que conforme retratam Sousa e Araújo (2015) de forma frequente não participam desta fase de maneira positiva, a ponto de depreciar os sintomas, não concedendo o apoio necessário ou simplesmente, culpando a mulher ou ignorando-os por falta de entendimento sobre o assunto. Bennetti *et al.*, (2019) coincidente a esse contexto, elencou em sua pesquisa que entre as 12 entrevistadas, oito afirmaram que as manifestações físicas interferiam em suas relações interpessoais, devido à irritabilidade e as alterações no humor.

Referente a essas questões, nas falas das mulheres entrevistadas, a labilidade afetiva, indisposição e a irritabilidade demonstram ser precursoras de muitos conflitos e intolerância nas

relações interpessoais, dentro do seio familiar, que é intensificada pela incompreensão do cônjuge ou dos filhos, como é salientado pelas falas das Mulheres 1, 2, 7 e 10. Enquanto que para as Mulheres 3 e 9, tais circunstâncias não são consideráveis ou não fazem parte da sua vivência, uma vez que colocam como justificativa a fé e o autocontrole.

Se a mulher não tiver controle ela bate bem na cara do marido (risos). Se ele não tiver paciência e ela não se controlar minha filha, dá uma briga feia. Eita meu Deus! É difícil, [...] ele mesmo nem sabia o que era esse negócio de menopausa, eu mesmo “comia a barata sozinha” (Mulher 1, 63 anos).

Porque tem homem que não sabe né, não é que ela queira, mas o meu não teve essa compreensão [...] eu tentava me controlar até onde eu pudesse, enquanto desse. Tem mulher que fica é deprimida mesmo, porque o marido não ajuda, os filhos não ajudam, ela fica sensível, qualquer coisa chora (Mulher 2, 46 anos).

Eu acho que nem tanto, a gente que é crente melhora, a gente busca e pede pro Senhor pra gente não se abater por causa disso. Eu mesmo não sinto nada (Mulher 3, 43 anos).

Aí fica com coisa na cabeça de tá com não sei o quê, que todo mundo fica falando coisa e a pessoa vai se preocupando [...]. O marido, os filhos, às vezes não são maduros pra entender. Quando não, sai em pé de briga. A mulher fica até sem querer conversar, ainda vem o marido que nem um “cão” não entende a gente, coloca uma mina de coisa pra fazer e a gente sem força pra se levantar, corpo mole, fica mais fraca (Mulher 7, 51 anos).

Até que eu sou de boa, mas eu acho que as mulheres ficam irritadas, eu “seguro a peteca” com Jesus (Mulher 9, 47 anos).

Às vezes sim, isso pode interferir nos relacionamentos, porque tem situações em que a gente fica nervosa de repente, quando alguém fala alguma coisa (Mulher 10, 59 anos).

Por consequência, o sentimento da mulher em ser mal compreendida atrelado às alterações do próprio envelhecimento que acarretam mudanças visíveis no corpo, podem atrair interferências em sua autoestima e na forma como se autoconsidera, como os estudos de Alves *et al.* (2019); Silva e Simões (2019) comprovaram em suas considerações sobre os aspectos que envolviam a autoimagem e a autoestima, as mulheres referiram-se similarmente como algo que pode interferir na visão que a mulher tem de si, à medida que ela se depara com as alterações, ganho ponderal, mudanças nas mamas, na pele e anexos, fazendo-as perderem a disposição de se cuidarem ou/e de saírem por se prenderem a rotina.

Ah! Ela se sente diminuída coitada (risos), é só isso. Ela se sente bem pra baixo. (Mulher 1, 63 anos).

Às vezes dá um sentimento de estar ficando mais velha, flacidez na pele, a mudança né, a pele fica mais ressecada, cabelo fica mais ruim (risos) (Mulher 5, 48 anos).

Eu acho assim, que umas quando chega nesse período, ela já sente assim velhas, não se cuidam, elas só querem fica dentro da casa, pra comer, pra dormir e cuidar, ela não pensa mais em sair (Mulher 7, 51 anos).

Muitas delas sentem-se até menosprezada e discriminada, porque nessa idade manter o peso é difícil e as que já eram gordinhas aumentam então ela se sente envergonhada de ir pra algum lugar e muitas delas

têm complexo por envelhecer, a pele começa enrugar e tudo isso traz um descontrole emocional pra pessoa (Mulher 8, 58 anos).

A mulher engorda muito, as mamas ficam caídas e outras coisas que eu nem sei explicar direito, sabe? Mas é uma coisa que existe, fica se sentindo inferior, carente, querendo chorar por nada, ficando bem sensível (Mulher 10, 59 anos).

Nesse mesmo panorama, um estudo de cunho quantitativo, cujo objetivo era conhecer as atitudes, percepções sobre imagem corporal e o nível de depressão de mulheres turcas na menopausa, constatou que 54,1% das mulheres que já adentraram a menopausa possuem atitudes e percepções negativas com relação a essa transição e sua imagem corporal, o que influenciava na intensidade dos sintomas vivenciados, incluindo depressão e cefaleia. Demonstrando que as mulheres que optaram por atitudes negativas apresentaram manifestações mais intensas em contrapartida as que tiveram atitudes positivas com sentimentos de satisfação com seu corpo e atitudes de autocuidado, apresentaram menos sintomas e alta autoestima (ERBIL, 2018).

Respectivamente, de maneira geral, as depoentes mostraram conhecer bem as implicações que envolvem a maioria das mulheres nessa fase, mas ao se referirem a si próprias manifestaram frases positivas de autoaceitação e amor próprio, visto que mesmo reconhecendo as mudanças, buscam estratégias de se sentirem melhores, levando essa etapa da vida com leveza e apoio na fé. Além disso, o próprio âmbito religioso em que estão inseridas as impulsiona para isso, ao não incentivar a negação ou depreciação do envelhecimento e nem a devoção à juventude. Como está escrito na Bíblia Sagrada, o livro de fé e conduta utilizado pelos cristãos “Mesmo na velhice darão frutos, permanecerão viçosos e verdejantes” (BÍBLIA, Salmos, 92, 14, 2010, p. 508).

Ah minha irmãzinha, eu me sinto normal (risos), eu não me sinto nem bonita e nem feia, nem alta e nem baixa (risos). Esse processo de ficar velha não me afetou [...]. Quando ela chegou já estava no ponto de receber a velhice, eu me aceito. Como eu sou crente, eu me visto bem direitinho, toda cobertinha, esconde a feiura né (risos). Então eu me aceito (Mulher 1, 63 anos).

A gente tem que se amar do jeito que a gente é né (Mulher 2, 46 anos).

Eu, às vezes penso que já estou ficando velha e a cada dia a gente vai pensando que essa fase tem que passar mesmo, vai superando a cada dia. Às vezes penso que não sou mais como era jovem, mas aí vem de repente uma autoestima e agente se arruma e se levanta e pensa “ainda pareço um pouco” (risos) (Mulher 3, 43 anos).

Em relação a autoimagem, eu me considero consciente da realidade né, em relação à idade, que a gente sofre mudanças físicas, então, esse entendimento liberta a gente de perder a autoestima, esse entendimento da realidade da vida. Eu me sinto bem, procuro me ajeitar o máximo que pode para me sentir bem comigo mesma (Mulher 5, 48 anos).

Eu faço assim, eu ando muito, saio muito, não tô nem aí, olha, é muito difícil eu não ir na igreja, toda “esporcada” mais eu vou (risos) [...]. Você tem que se amar, amar a sua vida. Eu sempre peço pra Deus pra tirar o que não agrada e pra ele me ensinar a me amar. A pessoa tem que se aceitar e se amar (Mulher 7, 51 anos).

Em relação a mim, eu não tenho problema com isso, às vezes eu sou é grata a Deus por já estar passando por essa fase, mesmo com as lutas e as dificuldades, mas eu não tenho problema com idade e o envelhecimento, tenho minha autoestima boa, não preocupo com essas coisinhas não, eu não ando demonstrando não. Eu louvo muito a Deus por me aceitar (Mulher 8, 58 anos).

Eu tento o máximo me superar, não deixo isso me abater (Mulher 9, 47 anos).

Eu me sinto ótima, graça a Deus (Mulher 10, 59 anos).

Seguidamente, pesquisa envolvendo o tema envelhecimento, com mulheres religiosas, desenvolvida por Santos (2019) não se contrapõem a esses resultados, sendo pelas participantes reconhecidos como parte da vida e um processo natural, do qual não se pode fugir, devendo tratá-lo como uma dádiva de Deus. Em outro estudo, sem essa particularidade, elaborado por Bonfim *et al* (2019) grande parte da amostra também não tinha uma visão negativa sobre seu corpo e aparência, o que contradiz a visão moderna da velhice como símbolo de declínio da beleza física. Nos relatos, a maioria colocou o seu corpo como sinônimo de conquista e experiência de vida.

Veras *et al.* (2015) já mencionaram que viver uma velhice com contentamento, sabendo apreciar todos os momentos, inclusive as marcas que ela presenteia, é o fator determinante para cultivar a autoestima elevada. Dessa forma, essa etapa deve ser prioritariamente tratada com leveza, autoaceitação e autocuidado, não vendo o fator envelhecer como algo pejorativo, mas criando estratégias de conviver e superar os seus percalços, com atitudes que priorizem a saúde física, mental, social e emocional.

Sexualidade no climatério

Conforme as mulheres transcorrem na transição menopáusicas, elas podem vivenciar mudanças na função sexual, de origem multifatorial, que vai além do domínio biológico, determinada pela qualidade de vida, envolvendo a parte psicológica e sociocultural, pelo parceiro e a autoestima. Nessa conjuntura, o envelhecimento sexual é um dos fatores mais retratado como fonte de aflição para mulheres e homens, sendo mais predominantemente apontado no ocidente do que em outras culturas, em razão da desvalorização da velhice e os tabus existentes, o que explica e inclui as mulheres na e pós menopausa como alvo (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010)

Dentre as diversas pesquisas, as queixas correlacionadas às disfunções sexuais que mais se sobressaíram foram, a diminuição do desejo sexual, dispareunia, vaginismo, prurido, sensação de pressão e falta de lubrificação vaginal, que por sua vez, afetam o desempenho sexual e a sexualidade, mediado pela queda ou desequilíbrio hormonal, que leva a mudanças no epitélio e na musculatura

vaginal, otimizado pelo estado geral, estilo de vida e as relações sociais e conjugais (SILVA; BORGES, 2012; BRASIL, 2008; REZENDE *et al.*, 2019).

No presente ponto, as mulheres evangélicas relataram alguns sintomas dos acima citados, observou-se, também, certo constrangimento e timidez, demonstrado por alterações no volume vocal e frases de afastamento, não sendo mencionadas palavras como “sexo” ou “orgasmo” em nenhuma das narrativas”. Além disso, a maioria das declarações envolveram expressões negativas de desconforto, com frases que representam ato sexual como um dever feminino. Sendo os sintomas comuns para maioria, a perda da libido, dispareunia e ressecamento vaginal, colocando o humor como fator contributivo.

Acaba é tudo minha amiga! acaba todo o apetite, a pessoa só enfrenta porque tem o marido e tem que aceitar [...] diminui o desejo [...]. A mulher pode ter frieza, o humor influi no momento, contribuindo para falta de desejo (Mulher 1, 63 anos).

Eu sinto muitas dores, ressecamento vaginal e isso diminui o meu desejo sexual, mas não é o culpado na maioria das vezes, o cansaço e humor também influenciam né (Mulher 4, 44 anos).

Às vezes tá ressecada..., sinto dor (Mulher 5, 48 anos).

Porque nem todo dia a gente tá com aquela mesma disponibilidade né, aquela vontade né, e depois que eu cheguei nessa fase assim eu sinto dores, não sei se é devido a menopausa ou se é um problema [...] Menos desejo, sabe? Às vezes eu fico pensando se é só eu que sou assim, será que é só eu que sinto isso, será que é normal meu Deus?!. Porque a gente até que quer ter vontade [...] (Mulher 6, 35 anos).

Eu sinto algumas coisas, sinto mais sensível (Mulher 10, 59 anos).

Diante das sintomatologias mencionadas, algumas mulheres revelaram a ausência de entendimento e apoio por parte do companheiro, manifestando em suas declarações a falta do envolvimento do cônjuge nesse período e com as suas alterações. A privação ou diminuição da libido trazem certa aversão à atividade sexual, o que influi diretamente na vivência e no relacionamento conjugal, a ponto de responsabilizarem o parceiro e subentender que a falta do ato sexual não as aflige tanto, por estarem mentalmente e emocionalmente fragilizadas.

Eu acho que depende do marido (Mulher 3, 43 anos).

A falta de compreensão e entendimento do marido dificulta também [...]. Porque compreensão ajuda a vencer esse momento, que é a falta do desejo, né (Mulher 5, 48 anos).

Às vezes o homem não entende, ele acha que não quer e não é isso, às vezes tá com a cabeça preocupada, o emocional afetado, e aí atrapalha muito essa questão, e o homem não entende, são poucos que entende quando a mulher diz não, por tá indisposta, a vontade é só deitar e dormir, se pudesse nem tocava, estressada, cansada e agoniada (Mulher 6, 35 anos).

Filho *et al.* (2010) em estudo que objetivou verificar os valores e representações dos fiéis protestantes a respeito da sexualidade, concluíram que o meio protestante, a partir da sua análise, coloca o papel feminino como uma figura de apoio ao marido, sendo inteiramente responsável pelas atividades corriqueiras de dona de casa e mãe, além de ser responsável pela satisfação sexual do cônjuge, sendo a sua realização pessoal e no ato amoroso atrelada à função de esposa. Nisso, como afirmam alguns dos seus entrevistados, a função da mulher é ser a alegria, luz, força e segurança na vida da família, especialmente do marido.

Dessa forma, nota-se que o ato sexual e sua representação se diferencia por âmbitos sociais, de acordo com cada cultura, princípios e valores. Assim sendo, a maneira como o indivíduo enxerga, vivencia e define a sexualidade, vai depender de como o meio em que está inserido o influencia a isso (ARANHA *et al.*, 2016). Entretanto, acima de tudo, é certo que sexualidade não é sinônimo de sexo, pois a sua manifestação se formula em diversos aspectos na interação complexa da função hormonal, sexual, emocional, capacidade física e da qualidade do relacionamento, envolvendo o reconhecimento, carinho, contato físico, parceria, cuidado e sensualidade entre os cônjuges (SANTOS *et al.*, 2014; BRASIL, 2008).

Alguns autores afirmam que a maioria das barreiras sexuais não é de origem prioritariamente do ato em si, mas das dificuldades do relacionamento construídas no vínculo conjugal, assim, atitudes de respeito, carinho e diálogo contribuem positivamente na fase do climatério, não apenas para a mulher, mas para uma boa convivência do casal, nesse período (QUEIROZ *et al.*, 2015; CARVALHO *et al.*, 2018; BRASIL, 2008). Conforme enfatizado em um estudo realizado em São Paulo por Caçapava *et al.* (2016) com esposos de mulheres que estavam no período climatérico, no qual conclui-se que quando o companheiro compreende as mudanças biopsicossociais da mulher, bem como as suas necessidades, com atitudes afetivas de atenção e companheirismo, conseqüentemente há uma melhora na qualidade do relacionamento e a construção de uma rede de apoio, que ajuda a mulher atravessar os obstáculos dessa fase.

Estudo de base populacional com brasileiras entre 40 a 65 anos idade reafirma que na meia-idade, estar fisicamente ativa, ter apoio social (principalmente do parceiro), autopercepção e não ter insônia é um dos fatores que auxiliam no entrosamento e prazer sexual, enquanto que os sintomas climatéricos (fogachos principalmente), podem ser associados a problemas sexuais (BRASIL, 2008).

Certamente, as alterações climatéricas e as repostas sexuais não se igualam e não são vistas da mesma forma por todas as mulheres, de modo que, algumas das depoentes, quando indagadas sobre a sexualidade, constrangidas, expressaram não possuir alterações significativas e até mesmo nenhuma. A mulher 9, diferente das demais, entende que nesse período o desejo da mulher aumenta, o que a exclui dessa condição, enquanto a Mulher 2 afirma não considerar que interfere, por nada

apresentar. Para mais, a Mulher 1 ressaltou que a resposta sexual e as alterações, dependem da ausência de problemas no sistema reprodutor feminino.

Eu só não sentia desejo mesmo. Porque se a pessoa não for sadia ela sente, se ela tiver problema no útero, claro que vai sentir, agora se você é sadia não né (Mulher 1, 63 anos).

Eu não acho que interfere. Eu me sinto normal, eu não sinto dor e nem nada não (Mulher 2, 46 anos).

Graças a Deus, até agora não foi tanto diferente, mas às vezes pode ser que a questão da lubrificação que não tem jeito né, diminui o desejo, mas eu não me considero assim muito não sabe? Eu vejo muita mulher reclamando, mas eu não (Mulher 3, 43 anos).

Já ouvi falar que muitas mulheres ficam sem desejo sexual, algumas irmãs já me disseram. A mim mesmo eu não tenho (Mulher 7, 51 anos).

Em relação à sexualidade, se me deixar à vontade eu nem me preocupo [...] Não acelerou assim nada, mas pra mim não trouxe algo tão diferente [...] mas tem muitas pessoas que fica aflorada, com aquele desejo assim grande, mas eu ainda não senti isso, não tenho aquele fogo assim (Mulher 9, 47 anos).

Tais explanações não divergem muito dos resultados da pesquisa de Aranha *et al.* (2016) em relação à não apresentação de queixas. Nesse estudo foi analisada a percepção de mulheres, usuárias da Estratégia Saúde da Família, sobre a menopausa, especificamente a sexualidade, sendo evidenciado nas suas justificativas que o motivo para não apresentarem problemas de ordem sexual, está em se sentirem mais maduras e livres para viverem a sexualidade.

Diante disso, o falso mito de que o fim da menstruação é o fim da sexualidade, se firma na visão de que a prática sexual pode se tornar mais livre e ampla, entre outros motivos, pela impossibilidade de uma gravidez inesperada. Por conseguinte, a libido pode ser influenciada por outros hormônios androgênicos, presentes durante toda a vida e que no climatério encontram-se em menor contraposição estrogênica, os benefícios de manter a atividade sexual prazerosa (orgasmo) auxilia, dentre outros mecanismos, na irrigação pélvica, o que corrobora para diminuição da atrofia pélvica e da mucosa vaginal, responsável em grande parte pelos desconfortos sexuais (BRASIL, 2008; BRASIL, 2016).

Influência da Espiritualidade e da Religião no Climatérico

Na perspectiva de Matos (2016) a espiritualidade traz benefícios na qualidade de vida, ao promover o bem-estar e oferecer habilidades de enfrentamento dos momentos mais difíceis da vida. Nas entrevistas, os discursos evidenciaram tal especificidade. Quando questionadas sobre como a espiritualidade influenciava nas manifestações climatéricas ou no combate das mesmas, referiram-se positivamente à qualidade de superação e auxílio, no qual encontram segurança, força, paz, conforto e aperfeiçoamento, colocado até mesmo pela a Mulher 5 como “terapia”, sendo a espiritualidade

abordada por elas como a fé exercida por meio da leitura da bíblia e da oração, que influencia tanto na parte física quanto mental e emocional e no controle dos impulsos e dos sentimentos de tristeza que possam vir afligi-las.

Lidar com a situação junto com a fé. Através da oração você sente paz, fazendo as coisas melhores (Mulher 1, 63 anos).

Eu acho que ajuda muito, você sente melhor. Eu mesmo me sinto bem assim, na oração com a palavra (Mulher 2, 46 anos).

Eu acho que quando a mulher estar no momento com Deus, a mulher pode ter mudanças, e paz, e segurança de que ela pode sim ter transformação e uma cura interior, tanto no humor dela como no tratamento físico, espiritual e mental principalmente, porque a menopausa deixa, queira sim ou não, cicatrizes que mexem com a mulher, levando até transtornos psíquicos. E na busca espiritual isso tem um grande valor (Mulher 4, 44 anos).

Através da fé que nos leva a orar e por meio da oração a gente se sente como se fosse em uma terapia, principalmente na sensibilidade e nos problemas emocionais, sentindo segurança em conversar e desabafar na oração, trazendo assim um maior refrigério na alma e uma segurança no sentido de não temer às mudanças naturais que a gente estar passando, no sentido físico e psicológico (Mulher 5, 48 anos).

Ajuda sim, demais, é o que mais ajuda. É que a gente tem fé em Deus, se apega com Jesus, ora bastante, pede força pra Ele (Mulher 10, 59 anos).

Essas pontuações não são atípicas, pois o bem-estar espiritual tem sido cada vez mais correlacionado a diversos benefícios à saúde, como, por exemplo, na diminuição da dor crônica, qualidade de vida e de superação de problemas mentais (NOVAES *et al.*, 2019). Ademais, outro aspecto descrito pelas mulheres entrevistadas é a igreja como um local de interação social (comunhão), em que encontram apoio emocional, melhora da autoestima, além de ser uma forma de cultivar laços, através da troca de experiências. Miklos (2019) em sua obra salienta que a comunicação é uma necessidade básica da existência humana e que ela e a religião são como irmãs gêmeas, ambas constituem-se em estratégias criadas para encarar a solidão, os abismos e a morte, empenhando-se em formular experiências simbólicas e sólidas de comunhão, na troca de sentimentos e compartilhamento de sensações.

A igreja é boa, porque se a gente se isola é mesmo que tomar um veneno (risos). Deus usa uma irmã com a palavra, usa no louvor e você volta totalmente diferente [...]. Ter momento de comunhão com as irmãs, no culto, ajuda e traz tranquilidade (Mulher 1, 63 anos).

Eu mesmo gosto de conversar, ir pra minha igreja, orar, eu me sinto bem (Mulher 2, 46 anos).

Ajuda com certeza, isso ajuda a gente se levantar, levantar a autoestima, você vai ver as outras que estão passando por essa fase também com seus problemas, conversar. Deus vai dando graça e a gente vai superando os obstáculos (Mulher 3, 43 anos).

Influenciam sim, muitas irmãs tem mais motivação pra se arrumar e ir à igreja, umas incentivam às outras, aumentando a autoestima e autocuidado. A igreja ajuda, e quando você tem alguém pra dar a mão e tá incentivando de alguma forma, com certeza os sentimentos vão melhorando (Mulher 4, 44 anos).

A comunhão também, na igreja, preenche a necessidade de relacionamento, de compartilhar né, os problemas umas com as outras, tudo isso nos leva a adquirir mais força e coragem e alegria, que afugentam qualquer tipo de depressão que possa querer tipo atingir a gente nessa fase (Mulher 5, 48 anos).

O meio que a pessoa vive, se ele se dedica, se tiver voltado pra suas questões, ajuda muito, através da fé, através das experiências de outras que já passou ou que está passando, vai influenciando nessas questões, por meio do compartilhamento das experiências e das chamadas rodas de conversa, isso influencia muito e ajuda muito, é uma terapia espiritual e mental pra pessoa (Mulher 8, 58 anos).

Graças a Deus, que as irmãs mesmo ajudam umas às outras (Mulher 9, 47 anos).

Ter as irmãs da igreja, é uma coisa muito boa, pede oração, a igreja completa intercede pela gente (Mulher 10, 59 anos).

Algumas das entrevistadas manifestaram a importante necessidade de se estabelecer momentos de Educação em Saúde na igreja, para discussão do tema Climatério, por um profissional de saúde, tema esse que para elas é pouco retratado, comparado a outros como câncer de mama e do colo de útero. Sugestões de formas para essas ações foram dadas e mencionadas alguns profissionais necessários, que certamente concederiam os devidos esclarecimentos e atendimentos. Assim, nota-se que compreendem que a fé e a religião são essenciais, mas sentem falta do conhecimento sobre esse processo.

Por meio de eventos, a igreja também pode promover palestras que incentivam elas a se cuidarem, até isso é refletido pela parte espiritual né (Mulher 4, 44 anos).

Olha, eu acredito que nesse período é muito bom ter na igreja profissionais que atendem às mulheres, grupos de mulheres, palestras, atividades que influenciam né. Como cursos e oficinas né. A oração também ajuda né, mas a questão da conversa é muito importante, mas acho que nessa fase a pessoa precisa muito de ajuda pra saber e entender isso, quem nos fez foi Deus né e ele sabe de todos os sintomas, mas é necessário ação, ter de vez em quando palestras, trazer médico mesmo, pra fazer consultas. Um psicólogo também né. Quando a mulher se sente nessa fase ela se sente muito ruim precisa disso (Mulher 7, 51 anos).

Era bom até umas palestras né, um momento assim, nós mesmos entre as mulheres conversar, ter uma roda de conversa, seria bom no caso uma enfermeira né, ir tirar as dúvidas, sendo atendida, a gente tem muita dúvida em termo de várias coisas, mesmo nós religiosas, era bom a gente ter assim uns debates ou seminário, pra ter compartilhando né, eu acho que ajudaria muito. A gente até tem palestras né, sobre o câncer de mama, de colo de útero, mas nunca fizemos sobre menopausa e a sexualidade (Mulher 8, 58 anos).

Em suma, no que tange ao Climatério, Benetti *et al.* (2019) enfatizaram afins resultados em sua pesquisa, pois entre os meios e atitudes benéficas, a espiritualidade e a fé formaram uma excelente estratégia para auxiliar as mulheres religiosas a passarem pela menopausa, pois o envolvimento delas com suas crenças e atividades religiosas e espirituais (ler a bíblia, orar e ir à igreja) asseguram uma melhor aceitação desse período, proporcionando saúde mental e alívio de inquietações psicológicas e existenciais comuns nessa fase.

CONSIDERAÇÕES

Em resposta à pergunta de pesquisa e aos objetivos estabelecidos, mesmo o climatério sendo uma fase natural que representa o fim do ciclo reprodutivo, o conhecimento sobre essa etapa passageira, autopercepção e a forma como é considerada, determina sobremaneira a experiência vivenciada por cada mulher, em sua singularidade. Infelizmente, poucas procuram informações sobre a temática, encarando esse período apenas com uma visão negativa ou como uma doença. Ficou evidente nesse estudo que boa parte das participantes está inclusa nesse grupo, ao não demonstrarem segurança em retratar sobre o assunto, sentem as mudanças e as encaram adversamente, ao não compreenderem o porquê delas, relacionando somente às manifestações sentidas ou à experiências de terceiros. Tendo como sintomatologias mais presentes em seus discursos os fogachos, calafrios, dores nas pernas, cefaleia, irregularidade menstrual, indisposição e sudorese.

Concernente às implicações psicossociais, as entrevistadas descreveram muito bem alguns implicações desse período, que podem afetar a saúde mental da mulher, sendo as mais mencionadas a indisposição, fadiga, ansiedade, irritabilidade e sensibilidade emocional. Particularmente, a labilidade afetiva e o estresse, atrelado à falta de conhecimento das pessoas do seu convívio, foram, pela maioria, ressaltados como um fator desencadeante de alguns conflitos em seus relacionamentos interpessoais. Nas questões envolvendo autoestima e autoimagem, externaram-se sentimentos e frases positivas de autoaceitação, mesmo estando cientes das mudanças físicas, fato esse que pode estar vinculado ao âmbito religioso e aos ensinamentos que não qualificam o envelhecimento como uma etapa improdutiva da vida.

Ao serem questionadas sobre a sexualidade no climatério notou-se sentimentos de constrangimento e timidez. Sendo descritos por elas sintomas que envolviam dispareunia, falta de lubrificação vaginal e perda do desejo sexual, atrelados à falta do envolvimento e ajuda do cônjuge no enfrentamento dessas implicações. Como as alterações e as respostas sexuais não se igualam para todas as mulheres, alguns não referiram tais manifestações. Verifica-se nos depoimentos, comumente, a visão sexual determinada por suas crenças, envolvendo predominantemente o papel feminino na satisfação conjugal, não sendo descrito por elas como algo particularmente indispensável ou prazeroso.

A espiritualidade e a religião foram de grande valor para as depoentes, no gerenciamento dos sintomas, sendo consideradas estratégias de enfrentamento e superação desse período, tanto fisicamente quanto mentalmente e emocionalmente. O exercício da fé e o envolvimento em atividades religiosas, como ler a bíblia, orar e ir aos cultos e ali interagir e ter apoio de outras mulheres servem no alívio dos seus problemas de ordem biopsicossocioespirituais, comuns na vida

das mulheres durante os estágios do climatério. Além disso, fora destacada por algumas das mulheres a necessidade de ações educativas dentro das igrejas.

Essa importante ferramenta também denominada por Educação em Saúde é uma tecnologia leve, de grande serventia. A sua implementação entre mulheres que estão vivenciando o climatério tanto de forma individual quanto coletiva, contribui para o conhecimento das mudanças e ressignificação desse período, no incentivo para o autocuidado, no esclarecimento de dúvidas e na troca de experiências, considerando primordialmente suas percepções, vivências e crenças, com o ideal intuito de propiciar a formulação clara a respeito do envelhecer feminino, favorecendo autoconhecimento e a retirada de concepções negativas.

Na atenção à saúde da mulher climatérica constatou-se nesse estudo uma certa necessidade de ações pontuais e contínuas de promoção, prevenção e proteção, principalmente na rede de atenção primária, a exemplo do realizado em campanhas, como o outubro rosa e na assistência ao pré-natal, além de criação e renovação de cartilhas pelo Ministério da Saúde sobre a temática e criação de métodos de divulgação e orientações sobre essa etapa que, assim como as outras, faz parte da trajetória da vida feminina.

A enfermagem no que lhe diz respeito, como uma profissão responsável pelo gerenciamento e execução do cuidado, também tem o indispensável papel, em mediar e implementar essas práticas educativas dentro dos serviços de saúde e fora dele. Na saúde da mulher, precisamente no climatério, de contribuir de forma significativa com seu atendimento diferenciado, ao incorporar a escuta qualificada para auxiliar na resolução das queixas, o apoio emocional, o estímulo para o protagonismo da mulher, na tentativa de evitar intervenções desnecessárias.

Logo, ao ajudar a mulher a compreender a singularidade dessa transição, orientando ou encaminhando a outros serviços de referência, proporcionará melhor resolutividade de suas necessidades e cumprimento da integralidade do cuidado. Para tanto, torna-se também necessária, cada vez mais, a elaboração de métodos e estudos intervencionistas efetivos que possibilitem a promoção da saúde no climatério, para as mulheres de todos os âmbitos sociais.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. P. M. de *et al.* Qualidade de vida no climatério de enfermeiras atuantes na atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 154-161, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672019000900154&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 08 de abril de 2020.

ALENCAR, Y. L. R. de *et al.* **Conhecimentos e vivências de mulheres acerca do climatério: uma revisão integrativa.** 2019. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/xmlui/handle/riufcg/11274>. Acesso em: 28 de novembro de 2020.

ALVES, E. R. *et al.* CLIMATÉRIO: perspectivas de mulheres profissionais da saúde do hospital universitário nova esperança, João Pessoa –PB. Joao Pessoa: **Revista Ciências da Saúde Nova Esperança**, n.2, v. 18, p. 61-72, 2020. Disponível em: <http://revistanovaesperanca.com.br/index.php/revistane/article/view/617/428>. Acesso em: 02 de dezembro de 2020.

AMARAL, I. C. G. A. **Conhecimento sobre a menopausa de acordo com mulheres brasileiras de meia-idade: um estudo de base.** 2018. 148 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, São Paulo, 2018. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/331238>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2020.

ARANHA, J. de S. *et al.* Climatério e menopausa: percepção de mulheres usuárias da estratégia saúde da família. **Temas Saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 2, p. 25, 2016. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/08/16232.pdf>. Acesso em: 15 de janeiro de 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2016.

BENETTI, I. C. *et al.* Climatério, enfrentamento e repercussões no contexto de trabalho: vozes do Extremo Norte do Brasil. **Revista Kairós: Gerontologia**, 2019. Disponível em: <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://ken.pucsp.br/kairós/article/viewFile/43180/28711>. Acesso em: 09 de fevereiro de 2020.

BÍBLIA. Salmos 92, 14. In BÍBLIA. Português. **Nova Bíblia Viva: Antigo e Novo Testamentos.** São Paulo: Editora Mundo Cristão. 2010. p. 508.

BONFIM, A. S. P. *et al.* FEMINILIDADE, CORPO E ENVELHECIMENTO HUMANO: percepções da autoimagem de mulheres idosas na velhice. **Revista Uningá**, v. 56, n. S6, p. 1-12, 2019. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/805>. Acesso em: 02 de dezembro de 2020.

BRASIL, Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Distrito Federal. Manual de Ginecologia da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília. 2. ed. Brasília: **Editora Luan Comunicação**, 2017. Disponível em: <http://www.sgob.org.br/wp-content/uploads/2017/10/ManualSGOBdigital11102017.pdf>. Acesso em: 15 de janeiro de 2020.

BRASIL, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia: Manual de Orientação Climatério. São Paulo: **FEBRASGO**, 2010. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_Climaterio.pdf. Acesso em: 15 de janeiro de 2020.

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base. Brasília: **Funasa**, 2007. 70 p. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/documents/20182/38937/Educa%C3%A7ao++em+Saude++Diretrizes.pdf/be8483fe-f741-43c7-8780-08d824f21303>. Acesso em: 16 de janeiro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de atenção a mulher no climatério e menopausa. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2008. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1934.pdf>. Acesso em: 15 de janeiro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2017. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf. Acesso em: 08 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf. Acesso em: 15 de janeiro de 2020.

BRITO, L. M. O. *et al.* Ocorrência de Sintomas Clínicos em Mulheres Climatéricas Assistidas em um Serviço de Referência em São Luís, Maranhão/Symptoms Of Occurrence In Clinical Weather Women In São Luis, Maranhão, Brazil. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 17, n. 2, 2017. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/viewFile/6083/3669>. Acesso em: 03 de fevereiro de 2020.

CAÇAPAVA RODOLPHO, J. R. *et al.* Men's perceptions and attitudes toward their wives experiencing menopause. **Journal of women & aging**, v. 28, n. 4, p. 322-333, 2016. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08952841.2015.1017430>. Acesso em 03 de dezembro de 2020.

CARVALHO, M. L. *et al.* Influências do climatério em relacionamentos conjugais: perspectiva de gênero. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 19, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/37645?mode=full>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2020.

DUARTE, A.J. O. Sexualidade e Religião: um olhar crítico acerca das influências da religião sobre o comportamento sexual. **Revista Relegens Thréskeia**, v. 6, n. 2, p. 74-98, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/relegens/article/view/54134>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2020.

ERBIL, N. Attitudes towards menopause and depression, body image of women during menopause. **Alexandria Journal of Medicine**, v. 54, n. 3, p. 241-246, 2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/j.ajme.2017.05.012>. Acesso em: 20 de abril de 2020.

FELTRIN, R. B. *et al.* **Entre o campo e o laboratório: a construção da menopausa dentro de um hospital-escola brasileiro**. 2012. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/286853>. Acesso em: 01 de dezembro de 2020.

FERREIRA, M. P. B. Menopausa Precoce. 2016. 27 p. DISSERTAÇÃO (MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2016. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/89386/2/170929.pdf>. Acesso em: 8 de abril de 2020.

FILHO, M. M. B. *et al.* Sexualidade e religião: a prática sexual na perspectiva das denominações protestantes¹. In: **Anais do XIV Seminário sobre a Economia Mineira [Proceedings of the 14th Seminar on the Economy of Minas Gerais]**. Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Lucas_Napoli/publication/254397499_SEXUALIDADE_E_RELIGIAO_A_PRATICA_SEXUAL_NA_PERSPECTIVA_DAS_DENOMINACOES_PROTESTANTES/links/552b24cd0cf29b22c9c1a554.pdf. Acesso em: 03 de dezembro de 2020.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

FREITAS, E. R. *et al.* Educação em saúde para mulheres no climatério: impactos na qualidade de vida. **Reprodução & Climatério**, v. 31, n. 1, p. 37-43, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S141320871600008X>. Acesso em: 16 de janeiro de 2020.

GARDENAL, I. A menopausa e a construção de um estigma. **Jornal da Unicamp**, Campinas, ano 1, v. 1, n. 1, 30 set. 2013. Saúde da Mulher, p. 9. Disponível em: https://www.unicamp.br/unicamp/sites/default/files/jornal/paginas/ju_577_pagina_09_web.pdf. Acesso em: 01 de dezembro de 2020.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss; WOSNY, Antonio de Miranda; BOEHS, Astrid Eggert. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3553-3559, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n8/3553-3559/pt/>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2020.

HERRERA, T. B. P. *et al.* Fatores socioculturais e laborais associados aos sintomas da síndrome climatérica. **Rev Cubana Obstet Ginecol**, Cidade de Havana, v. 43, n. 2, p. 1-12, jun. 2017. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000200004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 de fevereiro 2020.

HOFFMAN, B. *et al.* **Ginecologia de Williams**. Artmed Editora, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Projeções da População do Brasil. Agência IBGE Notícias, 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/pt/agencia-home.html>. Acesso em: 03 de fevereiro de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). São Francisco do Brejão: censo da população, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/sao-francisco-do-brejao/panorama>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2020.

MARTINS, J. D. G. **O impacto da precocidade da menopausa na percepção da satisfação conjugal e do ajustamento didático**. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/36714>. Acesso em: 02 de dezembro de 2020.

MATOS, J. R. B. A Influência da Espiritualidade nas Doenças Oncológicas. **Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra**. Coimbra, 2016. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/36927/1/A%20influ%C3%Aancia%20da%20espiritualidade%20nas%20doen%C3%A7as%20oncol%C3%B3gicas.pdf>. Acesso em: 09 de fevereiro de 2020.

MIKLOS, J. RELIGIÃO E COMUNICAÇÃO: sobre vínculos e comunhão. **O Humano na Dinâmica da Comunicação**. São Paulo: Caderno de Comunicação Serviço à Pastoral da Comunicação (SEPAC), 2019. Disponível em: https://www.academia.edu/download/61923615/Seminario_Caderno_de_Comunicacao_MIOLO_64_pg20200128-53148-146a17a.pdf#page=29. Acesso em 05 de dezembro de 2020.

NOVAES, F. S. et al. Adoecimento e religiosidade/espiritualidade uma possível reflexão. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 8, n. 2, p. 190-194, 2019. Disponível em: <https://200.128.7.132/index.php/enfermagem/article/view/2567>. Acesso em: 05 de dezembro de 2020.

QUEIROZ, M. A. C. *et al.* Social representations of sexuality for the elderly. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 68, n. 4, p. 662-667, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000400662&script=sci_arttext. Acesso em: 03 de janeiro de 2020.

REZENDE, F. C. B. *et al.* A Sexualidade da Mulher no Climatério. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 17, n. 1, 2019. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/4637>. Acesso em: 15 de janeiro de 2020.

SANTOS, C. N. A percepção de mulheres religiosas consagradas (freiras) sobre o processo de envelhecimento: implicações para o cuidado de enfermagem. **Rio de Janeiro**, p.76, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/fr/biblio-1087929>. Acesso em: 02 de dezembro de 2020.

SANTOS, S. M. P. *et al.* A vivência da sexualidade por mulheres no climatério. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 113-122, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/8819>. Acesso em: 03 de dezembro de 2020.

SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Saúde; Coordenação da Atenção Básica; Estratégia Saúde da Família. Manual técnico: saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde. 4. ed. São Paulo: SMS, 2016. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ManualSaudeMulher302012017.pdf>. Acesso em: 15 de janeiro de 2020.

SILVA, R. M. *et al.* (Orgs.). **Estudos Qualitativos**: enfoques teóricos e técnicas de coleta de informações. Ceará: Edições UVA, 2018. Disponível em: <http://portais.univasf.edu.br/medicina-pa/pesquisa/producao-cientifica/experiencias-qualitativas-ebook>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2020.

SILVA, M. F.; SIMÕES, A. L.B. **A importância da consulta de enfermagem ginecológica à mulheres no climatério**. 2019. Disponível em: <http://45.4.96.19/bitstream/aee/8529/1/TCC%20MARIANA%20FERNANDA%20DA%20SILVA.pdf>. Acesso em: 02 de dezembro de 2020.

SILVA, T. B.; BORGES, M. M. M. de C. Sexualidade após a menopausa: situações vivenciadas pela mulher. 2012. Disponível em: https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v5_2/08-sexualidade-apos-menopausa-situacoesvivenciadas-pela-mulher.pdf. Acesso em: 03 de dezembro de 2020.

SILVA, T. C. *et al.* Práticas de Cuidado à Saúde Realizadas por Enfermeiros às Mulheres no Climatério: uma revisão narrativa. **Revista Contexto & Saúde**, v. 16, n. 30, p. 21-27, 2016. Disponível em: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/5603>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2020.

SOCIEDADE NORTE-AMERICANA DE MENOPAUSA (NAMS); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO (SOBRAC) (ed.). **Prática Clínica na Menopausa: Um Guia Médico**. 4. ed. São Paulo: Associação Brasileira de Climatério, 2015. Atlas. Disponível em: <http://sobrac.org.br/nams/pratica-clinica-na-menopausa-um-guia-medico-4-edicao.html>. Acesso em: 4 de abril de 2020.

SOCIEDADE NORTE-AMERICANA DE MENOPAUSA (NAMS); ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO (SOBRAC) (ed.). **Guia da Menopausa**. 7. ed. São Paulo: Associação Brasileira de Climatério, 2013. Atlas. Disponível em: http://sobrac.org.br/media/files/A12361_Leigos_rev2mcow-FINAL.pdf. Acesso em: 5 de abril de 2020.

SOUZA, N. L. S. A.; ARAÚJO, C. L. O. Marco do envelhecimento feminino, a menopausa: sua vivência, em uma revisão de literatura. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 149-165, 2015. Disponível em: <http://ken.pucsp.br/kairos/article/view/26430>. Acesso em: 15 de janeiro de 2020.

TAVARES, C. Q. *et al.* Espiritualidade, Religiosidade e Saúde: velhos debates, novas perspectivas. **Interações: Cultura e Comunidade**, v. 11, n. 20, p. 85-97, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3130/313049300007.pdf>. Acesso em: 09 de fevereiro de 2020.

VERAS, M. L. M. *et al.* Processo de envelhecimento: um olhar do idoso. **Revista interdisciplinar**, v. 8, n. 2, p. 113-122, 2015. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/551>. Acesso em: 03 de dezembro de 2020.

CAPÍTULO 11

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA SAÚDE DA MULHER COM ÊNFASE NO CLIMATÉRIO

*Eliziane Alves a Costa
Thiago Oliveira Sabino Lima
Euzamar de Araujo Silva Santana
Tamyze Bezerra Gomes
Ruhena Kelber Abrão*

INTRODUÇÃO

Nos dias atuais temos uma visão ampliada sobre saúde da mulher, que pode estar relacionada a diversos aspectos de vida como alimentação, moradia, condição de trabalho, renda, educação, relações sociais, familiares e autoestima. Contudo, parte das mulheres tem dificuldade e conhecimento irrelevante à vida reprodutiva, o que pode estar associado à falta de esclarecimento sobre alterações hormonais, fisiológicas e emocionais. Por isso o enfermeiro deve conhecer as concepções das mulheres em relação às mudanças que estão ocorrendo no seu corpo, como sinais e sintomas, sabendo identificar o que acontece em cada fase do ciclo reprodutivo.

O climatério é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher (BRASIL, 2018). Menopausa é a interrupção fisiológica dos ciclos menstruais, devido à cessação da secreção hormonal dos ovários (FERREIRA, 2013), um marco dessa fase, correspondendo ao último ciclo menstrual, somente reconhecida depois de passados doze meses da sua ocorrência (BRASIL, 2018).

A palavra climatério se origina do grego *klimacter* cujo significado é período crítico. Sobre a origem dos conceitos de climatério e menopausa, sabe-se que o conceito de menopausa surgiu a partir de um artigo publicado em 1816, denominado *La menopauseie*, dando origem ao termo “menopausa” como resultado da soma de duas palavras gregas que significam mês e fim (SOUZA, 2015).

Após 1920, o modelo biomédico passou a definir a menopausa como escassez da produção do estrogênio, constituindo-se numa doença de deficiência hormonal, reforçada pelas numerosas publicações especializadas ou leigas. Até a década de 1980, utilizava-se a palavra climatério para designar o período que antecedia o fim da vida reprodutiva e menopausa para nomear o cessar definitivo do menstruo, porém, em 1980, um grupo científico de investigação da menopausa da OMS propôs a padronização da terminologia, sugerindo abandonar o termo climatério pra substituí-lo por

perimenopausa. A vivência da menopausa, como fenômeno socializado e compartilhado, passa a ter visibilidade, sobretudo, a partir do século XX (VALENÇA, 2010).

Com isso, o climatério nem sempre está associado às alterações físicas e emocionais comuns que ocorrem neste período, mas quando surgem é caracterizada como síndrome do climatério. As mulheres são acometidas entre os 40 e 50 anos e os sintomas sofrem influência de inúmeros fatores de ordem biológica (ligados à queda dos níveis de estrógenos ou em decorrência da senilidade), aspectos psicológicos (envolvendo a autopercepção da mulher, ou seja, como essa mulher enfrenta esse momento da sua vida) e aspectos sociais (relacionados à interação da mulher com os familiares, amigos e comunidade) que possui uma forte relação com os aspectos socioculturais, tais como os mitos, crenças e preconceitos que a sociedade constitui, dissemina e vivencia em cada época (ALVES, 2015).

Mulheres que apresentam alguns dos sintomas característicos da síndrome, tais como ondas de calor ou fogachos, insônia, nervosismo, depressão, hipertensão arterial, incontinência urinária e sem parceiros fixos ou com uma autopercepção ruim do seu estado geral, tendem a apresentar alterações fisiológicas como problemas na sua sexualidade, desencadeando consequências que podem afetar o seu bem-estar geral. Essas modificações não necessariamente irão provocar a diminuição do prazer, mas poderão influenciar diretamente na sua resposta sexual, tornando-a mais lenta e menos prazerosa, podendo causar insatisfação sexual (ALVES, 2015).

A realidade feminina modifica-se bastante com a chegada da menopausa e com os aspectos relacionados à saúde. Isso não é diferente ao passo que o risco de doença cardíaca das mulheres aumenta após a menopausa, tornando-se igual ao dos homens em dez anos. Uma em cada oito mulheres de 45 anos ou mais já teve um enfarte ou derrame, fato agravado pela menor chance da mulher sobreviver a um enfarte (BRASIL, 2009). Muitas mulheres adquirem peso e cintura devido ao metabolismo mais lento e maior proporção de tecido gorduroso em relação a tecido magro, o aumento significativo de peso pode acrescer o risco de morte prematura por doença cardíaca, diabetes ou câncer. Estudos sugerem que o fato de engordar após a meia-idade pode estar relacionado aos baixos níveis de estrógeno (FERREIRA, 2013).

O enfermeiro tem contato regular com as mulheres ao longo da vida e, portanto, é relevante que se aproprie das informações inerentes aos cuidados com a saúde feminina e ao manejo do climatério. A assistência à saúde da mulher sempre esteve mais relacionada ao seu ciclo reprodutivo, de modo que as consultas de enfermagem, desde que começaram a ser implantadas, sempre foram direcionadas às gestantes. Estudos expressam preocupação com a mulher não grávida, afirmando que, muito embora os problemas obstétricos sejam graves em nosso meio, o ciclo gravídico-puerperal ocupa um curto espaço de tempo na vida da mulher (PITOMBEIRA, 2011).

Portanto, o enfermeiro deve atuar como membro de uma equipe multidisciplinar de forma a estabelecer uma relação mais autêntica, para que, sendo com o outro, possa compartilhar saberes, anseios, dúvidas, sentimentos e emoções, num processo de coexistência, que se dá numa relação horizontal em que o indivíduo é valorizado e motivado a refletir sobre seu modo de vida e seus limites, permitindo assim, que as mulheres reflitam sobre as alternativas de novos caminhos em busca de uma convivência melhor consigo mesmas e com seus pares (BELTRAMINI, 2010).

Com isso, faz-se necessário abordar a importância da atuação do enfermeiro junto à mulher, para que se possa reconhecer as lacunas existentes no meio científico e produzir novos conhecimentos. A enfermagem no âmbito da saúde da mulher é um tema que precisa ser estudado, de modo a conhecer a relação entre o profissional de saúde e a cliente, uma vez que para uma assistência de qualidade a enfermagem deve compartilhar cuidados e orientações, visando assim um atendimento humanizado (ASSIS, 2011).

Nesse sentido, o profissional de enfermagem deve refletir e buscar uma percepção geral das mudanças e sintomas desse período, identificar as fases e a idade em que a mulher é acometida, a fim de construir junto às mulheres, um trabalho participativo que propicie educação e suporte emocional, desempenhando um papel de excelência por parte da enfermagem. É preciso compreender e vivenciar uma assistência holística, considerando sua realidade social, econômica, cultural, educacional e emocional (VALENÇA, 2010).

A relevância deste se dá por conta da importância do conhecimento do enfermeiro sobre o processo, desenvolvendo ações voltados para esse período da vida da mulher, de modo a melhorar sua qualidade de vida fornecendo orientações, sanando as dúvidas e ofertando suporte em todos os aspectos físicos, emocional e social, proporcionando bem-estar desde uma alimentação saudável, estilo de vida e atividades que podem ser esquecidas ao longo do tempo. Destaca-se ainda a relevância de despertar o acadêmico de enfermagem para já no início do exercício profissional saber lidar com as situações quando essas pacientes procurarem os serviços de saúde em que estejam lotados, identificar os sinais e sintomas e repassar as orientações adequadas. Logo, são objetivos deste trabalho descrever a atuação de enfermagem na saúde da mulher no período do climatério, conhecer as fases do ciclo reprodutivo, elencar os sinais do período climatérico e definir a perspectiva da mulher climatérica em relação a essa nova fase.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Fisiologia do climatério

Envelhecer é uma experiência diferenciada entre os gêneros, no caso das mulheres, há um processo biopsicossocial relacionado ao envelhecimento que merece uma atenção especial por parte dos pesquisadores, uma vez que tem repercussões para a qualidade de vida (QV) e para o seu bem-estar psicológico (BEP), bem como também para seu desenvolvimento na velhice, definido como climatério (FREITAS *et al.*, 2015).

O climatério é a fase de envelhecimento da mulher que marca a transição entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva e possui uma grande incidência de patologias degenerativas e metabólicas, colocando a mulher em maior risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares, osteoporose, diabetes mellitus, hipertensão arterial, obesidade e câncer (FERREIRA *et al.*, 2013).

Os termos menopausa e climatério têm sentidos diferentes, embora sejam utilizadas como sinônimos com bastante frequência.

O climatério é o período que abrange toda a fase em que os hormônios estrogênio e progesterona, produzidos pelos ovários, vão progressivamente deixando de ser fabricados. Essa fase é marcada pelo declínio de duas principais funções ovarianas: produzir óvulos para a fecundação e sintetizar hormônios que garantam o desenvolvimento do embrião em seus estágios iniciais (ROCHA, 2010).

Entre os 40 e 50 anos de idade da mulher, a ovulação e a preparação cíclica do interior do útero para a instalação de uma gravidez tornam-se irregulares, ocorrendo oscilações na duração, intensidade e no período das menstruações, chegando em seu ápice com a menopausa, que é o último sangramento. A maioria da população usa esse conceito de climatério para referir-se à menopausa que é, na verdade, um evento que acontece durante o climatério, porém nenhum dos dois eventos são doenças, mas sim ocorrências naturais que ocorrem ao longo da vida das mulheres (FREBASGO, 2010).

Sinais e sintomas do climatério

As alterações corporais esperadas nesse período provocam um impacto na autoimagem e na vida da mulher, iniciando uma angústia psíquica conforme o olhar de cada comunidade em comparação ao papel feminino. Por isso, é comum que apareçam sintomas muito incômodos como fortes ondas de calor (fogachos), gerando quadros de insônia, irritabilidade, alteração de humor e

memória, depressão e angústia. Além disso, ocorrem fragilidade e ressecamento da pele, cabelos e mucosas, dando um aspecto de envelhecimento precoce, surgimento de infecções urinárias frequentes e dor durante as relações sexuais devido ao ressecamento, atrofia das mucosas vaginais e da uretra dentre outros aspectos (FERREIRA, 2010).

São perceptíveis ainda, mudanças na vivência sexual da mulher climatérica, uma vez que nesse período a sexualidade deixa de ter cunho reprodutivo e a mulher passa a depender ainda mais do apoio do parceiro e de profissionais de saúde, em especial a enfermagem, para que possa descobrir novas maneiras de exercer a sua sexualidade de forma prazerosa (FREIRE *et al.*, 2016).

É comum as mulheres apresentarem inseguranças, irritabilidades e emocional fragilizado relacionados à alterações no padrão de beleza, uma vez que não se encaixa na concepção social de um corpo bonito. Para a maior parte da sociedade, em especial a ocidental, a beleza está associada, geralmente, à mulher jovem, como se o atraente e o lindo estivessem exclusivamente na mocidade (ARAÚJO *et al.*, 2013). Essa censura imposta pela sociedade tende a levar a mulher climatérica à não aceitação das mudanças advindas da idade, baixando a sua autoestima e reduzindo o desejo sexual, por se sentir feia, acarretando problemas conjugais e familiares.

A partir do exposto, fica evidente que as mulheres climatéricas devem considerar tanto os sintomas físicos quanto os psicológicos que se incluem os neuropsicológicos, como os problemas de concentração e de memória e as dificuldades emocionais, que surgem ou se intensificam nos anos que seguem à menopausa (FREITAS *et al.*, 2015)

Esses sintomas influenciam negativamente a QV das mulheres e, evidentemente, seu BEP. A expressão QV tem recebido várias definições ao longo do tempo, entretanto, dois aspectos são consensuais entre os estudiosos da área: a subjetividade e a multidimensionalidade. O primeiro refere-se à percepção que o indivíduo possui em relação ao seu bem-estar físico, funcional, emocional e social, ou seja, considera a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida (RIBEIRO *et al.*, 2015).

Esse período convida a mulher a redescobrir o próprio corpo, o sentido da vida, do que foi vivido e do que há por vir. Nesse sentido, para que as mulheres possam vivenciar o período do climatério com qualidade torna-se necessária uma atenção de saúde adequada, integral, com todas as orientações necessárias para enfrentar essa etapa da vida (BISOGNIN *et al.*, 2015).

Qualidade de vida da mulher na fase do climatério

É cada vez maior o número de mulheres que se preocupam em ter uma vida saudável, livre de incapacidades, doenças e de sintomas desagradáveis que prejudicam o lazer, os relacionamentos

interpessoais e o trabalho. Ter longevidade, com saúde, é a essência de uma boa qualidade de vida (SILVA *et al.*, 2010).

Com um número significativo de mulheres vivenciando o climatério, é necessária uma atenção integral à saúde, não apenas na fase reprodutiva, a qual as Políticas Nacionais de Saúde priorizam, mas, sobretudo, no desenvolvimento de ações voltadas à saúde não reprodutiva. Dessa maneira, a sociedade, os gestores e os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, devem estar atentos ao cuidado além da dimensão orgânica e biológica, considerando aspectos psíquicos, sociais e culturais que se fazem necessários para uma melhor assistência nessa fase de maturidade e envelhecimento feminino (LEITE *et al.*, 2012).

A atenção integral à saúde da mulher pressupõe assistência em todas as fases de sua vida. O climatério, por compreender um período relativamente longo da vida da mulher, deve merecer atenção crescente da sociedade, pois a expectativa de vida após a menopausa é, atualmente, equivalente ao período de vida reprodutiva. Ressaltando que o climatério é uma fase da vida biológica da mulher, que representa a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo e não um processo patológico (MIRANDA *et al.*, 2014).

Cuidados de enfermagem às mulheres na fase do climatério

Os profissionais da área da saúde, em especial os enfermeiros que atuam nos programas de saúde da mulher, precisam estar capacitados para atender às mulheres climatéricas, devido à necessidade de realizar ações de saúde para compartilhar informações que visem o seu bem-estar. Desta forma, poderão contribuir para que elas possam utilizar de mecanismos de enfrentamento eficazes, a fim de superar as modificações e os conflitos causados por essa fase, que traz consigo inúmeras modificações e sintomas ainda desconhecidos pela maioria da população feminina (PEREIRA *et al.*, 2010).

Quanto mais informadas forem essas mulheres, mais facilmente passarão pelas transformações do seu ciclo vital, por isso, é necessário promover a sua autonomia, uma vez que quanto mais empoderada a mulher em relação às diversas fases de sua vida, melhor será a forma que irá vivenciá-la e provavelmente, menos repercussões negativas ele sofrerá (CHAVES, 2019).

A enfermagem constitui um elo fundamental na composição da equipe multiprofissional que presta assistência à saúde das mulheres, nesse ciclo. Para isso, faz-se necessário buscar aperfeiçoamento técnico-científico, elaborar e implementar projetos e protocolos em nível de atendimento primário e secundário à saúde da mulher climatérica, considerando a importância de uma assistência holística e a necessidade da mulher se conhecer e entender por que estão ocorrendo essas mudanças, para que assim, encontre um novo equilíbrio em seu comportamento e tenha uma

vida o mais normal possível (FERREIRA *et al.*, 2017).

É de suma importância a socialização de saberes, permitindo que essas mulheres manifestem suas percepções em relação a essa etapa da vida, conheçam o próprio corpo e os aspectos culturais que envolvem essa temática, revelem suas necessidades e busquem caminhos que possibilitem satisfazê-las. Assim, é possível que as mulheres possam desmistificar a realidade socialmente construída de conotação negativa do climatério, lidando melhor com as mudanças físicas e emocionais e vivendo plenamente esse período de transformação (ASSUNÇÃO *et al.*, 2017).

Vale ressaltar que os cuidados de enfermagem às mulheres no climatério, especificamente por meio da consulta ginecológica e da educação em saúde, devem incluir orientações em geral sobre essa fase e como superar as possíveis dificuldades, em especial, as alterações de ordem sexual como a dispareunia, diminuição do desejo e baixa autoestima. Constituem a base do acolhimento, que conduz ao atendimento integral, permeado por uma cumplicidade entre o cuidador e o ser cuidado, corroborando a constituição do vínculo e confiança entre as partes (FREBASGO, 2010).

Nessa perspectiva, quando lidam com mulheres climatéricas, devem ter em mente que, independentemente da doença ou das queixas é necessário que se promova um cuidado humanizado e holístico. A consciência de que saúde não é apenas a ausência de doenças, mas sim um bem-estar físico emocional e social é de fundamental importância para a qualidade de vida dessas mulheres (ANDRADE *et al.*, 2015)

Jamais deve se esquecer que essas mulheres são pessoas que estão tentando atravessar barreiras que a sociedade lhes impõe, através dos estigmas criados em torno desse momento de transição de suas vidas. Vale lembrar que a sexualidade é um dos pilares da qualidade de vida e fator indispensável para manutenção da interação social e criação de vínculos. Portanto, é preciso ajudá-las, fortalecê-las, empoderando-as para que passem por essa fase com a maior naturalidade possível (DIAS *et al.*, 2019).

METODOLOGIA

A metodologia adotada foi de revisão da literatura, compreendida como um processo de investigação, análise e descrição de um corpo de conhecimento na busca de respostas a uma pergunta específica (VOSGERAU, 2014). Esse tipo de pesquisa disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada.

Foram utilizados artigos científicos pesquisados nas bases de dados Lilacs, Scielo, Bireme e Google Acadêmico e Manuais do Ministério da Saúde, tendo como descritores: “Climatério”,

“Qualidade de Vida” e “Assistência de Enfermagem”.

A seleção do material bibliográfico foi feita por meio da leitura dos títulos, resumos e palavras-chave dos artigos, usando como parâmetro para a pesquisa os critérios de inclusão: publicações no período de 2009 a 2019; material em língua portuguesa e/ou traduzido; material elaborado e publicado dentro do tema em estudo. Excluiu-se o material que não se apresentou adequado ao estudo, sendo desconsiderados os artigos que se repetiam nas bases de dados e os que estavam incompletos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De 28 artigos selecionados, abordando a temática, “atuação da enfermagem na saúde da mulher com ênfase climatério”, quatro atenderam aos critérios de inclusão e exclusão, sobre os quais realizou-se uma discussão, a qual está expressa a seguir:

Quadro1: Artigos Científicos

Bases de dados do artigo	Título	Autor	Ano	Considerações
Scielo	O enfrentamento do período climatério pelas profissionais da saúde	SALES, Lia da Silva	2014	O climatério pode ser interpretado como um processo de transformação fisiológico, não fisiocemotional, não patológico.
Scielo	O olhar dos responsáveis pela política de saúde da mulher climatérica	PEREIRA, Queli Lisiane Castro	2010	A forma com que as usuárias climatéricas procuram os serviços, as dúvidas e as queixas apresentadas por elas comprovam que estão à margem das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Scielo	Cuidado de Enfermagem à sexualidade da mulher no climatério: reflexões sob a ótica da fenomenologia	ANDRADE. Ângela Roberta Lessa	2015	A carência de serviços e ações de saúde que contemplem essa fase do processo de viver feminino é sentida pelas usuárias.
Scielo	Mulher no Climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade	VALENÇA, Cecília Nogueira <i>et al.</i>	2010	As mudanças físicas e emocionais que marcam o climatério são parte do desenvolvimento feminino, mas esse período gera medo e desconfiança nas mulheres que dele se aproximam.

Fonte: Os autores

Segundo Sales *et al.* (2014) o climatério pode ser interpretado como um processo de transformação físico emocional fisiológico, não patológico, apesar de apresentar manifestações clínicas de acordo com a queda dos hormônios e, principalmente, da individualidade da mulher. Assim, outros fatores podem agravar o estado físico e emocional dessas mulheres, tais como: condições de vida, história reprodutiva, carga de trabalho, hábitos alimentares, tendência a infecções, dificuldade de acesso aos serviços de saúde para a obtenção de cuidados e de informações, assim como outros conflitos socioeconômicos, culturais e espirituais associados ao período da vida e às individualidades (SALES *et al.*, 2014).

Segundo Pereira *et al.* (2010) a forma com que as usuárias climatéricas procuram os serviços, as dúvidas e as queixas apresentadas por elas comprovam que estão à margem das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, confirmando a necessidade de serviços e ações de saúde estruturados de tal forma que as vejam de forma integral e que busquem suprir essa lacuna na oferta de serviços e ações de saúde direcionados à esse público, em especial (PEREIRA *et al.*, 2010).

Segundo Andrade *et al.* (2015) a carência de serviços e ações de saúde que contemplem essa fase do viver feminino é sentida pelas usuárias. É preciso refletir sobre essa situação, criar uma análise crítica, a fim de conseguir mobilizar as usuárias climatéricas para reivindicar esse direito que possuem, e assim, conquistar a implementação de uma política social e de saúde capaz de atender às suas necessidades. Como as usuárias climatéricas que procuram atendimento de saúde já são em número maior que as demais usuárias do serviço, existe a possibilidade de elas se organizarem e

caminharem no sentido de usufruir do controle social em prol de seus direitos à saúde (ANDRADE *et al.*, 2015).

Segundo Valença *et al.* (2010) as mudanças físicas e emocionais que marcam o climatério são parte do desenvolvimento feminino, mas esse período gera medo e desconfiança nas mulheres que dele se aproximam, sendo a maior parte do medo relacionada ao desconhecimento do presente e do futuro dos eventos do climatério, portanto, o profissional enfermeiro está em uma posição excelente, com sua interação, para ajudar a desmistificar as atitudes e crenças da sociedade sobre essa etapa de transição da vida das mulheres, agindo como facilitador do processo de ressignificação e direcionando-as (VALENÇA *et al.*, 2010)

CONSIDERAÇÕES

O período do climatério ocupa cerca de um terço da vida da mulher e é o suficiente para que se reconheça a extrema importância de uma atenção adequada e específica às mulheres que experienciam essa etapa da vida. Portanto nota-se a importância da orientação por parte dos profissionais de saúde para desmistificar o climatério, um período que, geralmente, provoca medo e insegurança. É notável que mulheres que conhecem as alterações decorrentes do climatério demonstram mais tranquilidade para encarar o período, por isso torna-se indispensável a capacitação dos profissionais para abordar essas mulheres, através de escuta ativa, transmitindo-lhes confiança para que possam expor suas queixas e dúvidas.

Percebe-se a necessidade da adoção de uma visão holística e humanizada no atendimento da equipe de enfermagem, buscando incentivá-las ao autocuidado. Nesse sentido, o período pode ser entendido como uma oportunidade de crescimento, tornando-se fundamental que o profissional enfermeiro busque os conhecimentos necessários para oferecer uma atenção de qualidade.

O enfermeiro é visto como um canal de orientação e suporte para a família, a comunidade e a própria mulher, disponibilizando-os acesso às informações necessárias para vivenciar essa fase conflituosa e de grandes transformações, de forma consciente, compreendendo que não se trata de uma patologia, mas, de um evento natural pelo qual todas as mulheres passam e devem desfrutar em plenitude de vida, com a qualidade e apoio necessários, considerando-o um período de novas experiências e aprendizados essenciais ao amadurecimento feminino.

REFERÊNCIAS

ALVES, E. R. P. et al. Climatério: A intensidade dos sintomas e o desempenho sexual. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Jan-Mar; v. 24,n.1: p. 64-71. Florianópolis, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00064.pdf. Acesso em: 03/09/2019.

ANDRADE, Â. R. L. et al. Cuidado de enfermagem à sexualidade da mulher no climatério: reflexões sob a ótica da fenomenologia. **Revista Mineira de Enfermagem**, 2015. Disponível: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1100>. Acesso em: 08/05/2020.

ANS. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**, 3º edição, 244p. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProEditorialANS_Manual_Tecnico_de_Promocao_da_saude_no_setor_de_SS.pdf. Acesso em: 27/10/2019.

ARAÚJO, I. A. Representações sociais da vida sexual de mulheres no climatério Atendidas em serviços públicos de saúde. **Texto contexto Enfermagem**. Florianópolis, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_14.pdf . Acesso em. 18/04/2020.

ASSIS, L. T. M.; FERNANDES, B. M. Saúde da Mulher: A Enfermagem nos Programas e Políticas Públicas Nacionais no Período de 1984 a 2009. **Reme – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 356-364, jul./set. 2011. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/26430/18952>. Acesso em: 05/09/2019.

ASSUNÇÃO. D. F. da S. et al. Qualidade de vida de mulheres climatéricas. **Revista Sociedade Brasileira Clínica Med**, 2017. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875548/152_80-83.pdf. Acesso em 06/05/2020.

BELTRAMINI, A. C. dos S. Atuação do enfermeiro diante da importância da assistência à saúde da mulher no climatério. **Reme – Revista Mineira de Enfermagem**, v.14, p166-174, abr./jun., 2010. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/102>. Acesso em: 30/09/2019.

BISOGNIN, P. et al. O climatério na perspectiva de mulheres. **Enfermería Global** N° 39, Julho 2015. Disponível: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/pt_docencia3.pdf. Acesso: 20/04/2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de atenção a mulher no climatério/ Menopausa – Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf Acesso em: 01/09/2019.

CHAVES. A. S. C. MULHERES MENOPAUSADAS: Percepções e sentimentos a respeito de não ter gerado filho, 2019. Disponível em: <https://repositorio.uft.edu.br/bitstream/11612/1554/1/Arlane%20Silva%20Carvalho%20Chaves%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso: 03/05/2020.

DIAS, T. M. **Cuidado às Mulheres Gestantes em Situação de Rua no Município de Campinas – SP: Clínica no Limite e o Limite da Clínica**. 2019. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/335518/1/Dias_ThaisMachado_M.pdf. Acesso em: 10/05/2020.

FERREIRA, V. N. et al. **Menopausa: marco biopsicossocial do envelhecimento feminino**. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25n2/18.pdf> Acesso em: 28/10/2019.

FERREIRA. S. R. S. et al. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672018000700704&lng=e&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 05/05/2020.

FERREIRA. V. N.. **O envelhecimento Feminino na sociedade do espetáculo**., Universidade Federal de Juiz de Fora, 2010. Disponível em: <http://www.ufjf.br/labesc/files/2010/06/O-envelhecimento-feminino-na-sociedade-do-espet%C3%A1culo.pdf>. Acesso em: 10/04/2020.

FREBASGO. **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia**. Manual de Orientação Climatério, 2010. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_Climaterio.pdf. Acesso em: 09/04/2020.

FREIRE. A. L. Assistência de Enfermagem à mulher no climatério e sua sexualidade: relato de experiência na atenção básica. **Revista Eletrônica de trabalhos acadêmicos**, volume 1, Nº 1. Goiânia, 2016. Disponível em: <http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=3GOIANIA4&page=article&op=viewFile&path%5B%5D=2366&path%5B%5D=1519>. Acesso em: 15/04/2020.

FREITAS, E. R. F. Qualidade de vida e bem-estar psicológico no climatério. **Revista Arq. bras. psicol.** vol.67 no.3 Rio de Janeiro 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672015000300009.

LEITE. E. S. et al. Perspectivas de mulheres sobre o climatério: Conceitos e impactos sobre a saúde na atenção básica, **Revista de pesquisa cuidado é fundamental**, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750895023.pdf>

MIRANDA. J. S. Qualidade de vida em mulheres no climatério atendidas na Atenção Primária. **Rev. bras. enferm.** vol.67 no.5. Brasília, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000500803. Acesso em: 01/05/2020.

PEREIRA. Q. L. C. O olhar dos responsáveis pela política de saúde da mulher climatérica. **Revista Esc. Anna Nery** , vol.13, no.2, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000200018&script=sci_arttext.

PITOMBEIRA, R. Sintomatologia e modificações no cotidiano das mulheres no período do climatério. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 16 p 517-523, Jul/Set. 2011. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2011/07/20913-88063-1-PB.pdf>. Acesso em: 30/10/2019.

RIBEIRO. A. S. Avaliação dos sintomas e da qualidade de vida das mulheres no climatério, 2015. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1837>. Acesso: 23/05/2020.

ROCHA, M. D. H. A. Do Climatério a Menopausa. **Revista Científica do ITPAC**, Volume 3,

Número 1, Janeiro de 2010. Disponível em: <https://assets.unitpac.com.br/arquivos/Revista/31/4.pdf>. Acesso em: 06/04/2020.

SALES. L. da S. **O enfrentamento do período climatério pelas profissionais da saúde.** Universidade Federal de Roraima. 2014. Disponível em: file:///C:/Users/Sales

SILVA. J. P. L. et al. Representações do climatério e suas repercussões na vida da mulher: uma revisão sistemática. **Evista Anais CIEH**, 2015. Volume. 2, N.1. https://editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD2_SA9_ID3261_09092015000643.pdf. Acesso: 25/04/2020.

SOUZA, N. L. S. A. et el. Marco do envelhecimento feminino, a menopausa: sua vivência, em uma revisão de literatura. **Revista Kairós Gerontologia**, v.18, n 2, pag. 149- 165, São Paulo, 2015.

VALENÇA. C. N. et el. Mulher no Climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade, **Revista Saúde Soc.**, v.19, n.2, p.273-285, São Paulo, 2010 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0871.pdf>. Acesso em 02/09/2019.

VOSGERAU. D. R. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista Educação**, v. 14, n. 41, p. 165-189, 2014. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/dialogoeducacional/article/view/2317>. Acesso em: 29/10/2019.

SOBRE AS ORGANIZADORAS E O ORGANIZADOR



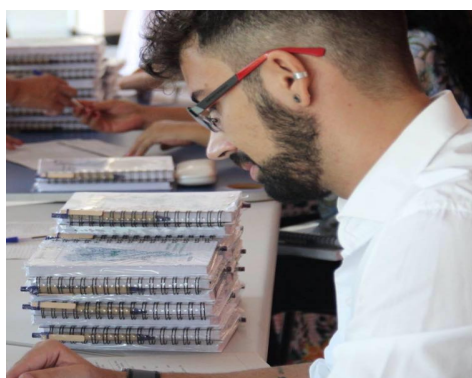
Euzamar de Araujo Silva Santana

Graduada em Enfermagem PUC/GO. Mestra em Ensino em Ciências e Saúde (UFT). Professora Assistente I nos Cursos de Graduação em Enfermagem e Odontologia na Faculdade de Imperatriz (Facimp/Wyden). Professora na Pós-graduação do Instituto de Ensino, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico (UNITECMA). Tem experiência em Saúde Pública e Privada na Atenção Básica e Especializada, com ênfase na estratégia saúde da família, enfermagem obstétrica, clínica cirúrgica e oncologia.



Adriana Gomes Nogueira Ferreira

Doutora e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora Adjunta IV da graduação em Enfermagem (Imperatriz-MA), e no Mestrado em Enfermagem e Mestrado em Saúde e Tecnologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Bolsista Produtividade FAPEMA. Atua nas seguintes áreas: Promoção da Saúde, Educação em Saúde, Tecnologias da Informação e Comunicação e Saúde da Mulher nos diferentes ciclos.



Ruhena Kelber Abrão Ferreira.

Doutor em Educação em Ciências, Química da Vida e Saúde (UFRGS). Mestre em Educação Física (UFPel). Graduado em Pedagogia e Educação Física (FURG). Professor Adjunto da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Coordena, desde 2016, o Centro de Desenvolvimento do Esporte Recreativo e do Lazer, Rede CEDES. Membro do Grupo de Pesquisa HEALTH, pHYsical activity and Behavior ReseArch (HEALTHY-BRA).

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES

Adriana Gomes Nogueira Ferreira

Graduação em Enfermagem (UVA-CE)
Mestrado em Enfermagem (UFC)
Doutorado em Enfermagem (UFC)
E-mail: adriana.nogueira@ufma.br

Eliany Lopes Barbosa Rodrigues

Graduação em Enfermagem (UFT)
Especialista em Gestão Pública em Saúde (UFT)
E-mail: elianyrodriques@uft.edu.br

Amanda Lisa Amorim Sousa'

Graduação em Enfermagem (FACIMP)
E-mail: amandaamorim0310@hotmail.com

Carolina Freitas do Carmo Rodrigues

Graduação em Enfermagem (UFT)
Mestrado em Ensino em Ciências e Saúde (UFT)
E-mail: carolppgecs@gmail.com

Cristina Vianna Moreira dos Santos

Graduação em Psicologia (PUC-Goiás)
Mestrado em Psicologia (UNB)
Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura (UNB)
E-mail: cristina.vianna@uft.edu.br

Eliziane Alves Costa

Graduação em Enfermagem (FAPAL)
E-mail: elizianealvesdm@gmail.com

Euzamar de Araujo Silva Santana

Graduação em Enfermagem (PUC-Goiás)
Especialização em Saúde da Família (UFMA)
Mestrado em Ensino em Ciências e Saúde (UFT)
E-mail: euzamar_rio@hotmail.com

Giovanna Felipe Cavalcante

Graduação em Enfermagem (UFT)
Mestrado em Ensino em Ciências e Saúde (UFT)
E-mail: giovannafelipe@hotmail.com

Ismália Cassandra Costa Maia Dias

Graduação em Biologia (UECE)
Mestrado em Ciências Marinhas (UFMA)
Doutorado em Ciências Marinhas (UFMA)
E-mail: ismaliabio@gmail.com

Jeane da Silva Almeida

Graduação em Enfermagem (UFMA)
E-mail: jd-jeane@hotmail.com

Jéssica Rodrigues de Souza

Graduação em Enfermagem (FAPAL)
E-mail: jessicarsousa0@gmail.com

Jhennyfer Barbosa de Oliveira Mantesso

Graduação em Enfermagem (UFMA)
Mestranda em Saúde Coletiva (UFMA)
Doutoranda em Salud Publica (UCES-Argentina)
E-mail: Jhennyfer_barbosa@hotmail.com

Maitê da Veiga Feitoza Borges Silva

Graduação em Enfermagem (UFT)
Especialização em Enfermagem obstétrica (ULBRA)
Mestrado em Ensino em Ciências e Saúde (UFT)
E-mail: maite.vfbs@gmail.com

Márcia Divina Magalhães

Graduação em Enfermagem (PUC-Goiás)
Especialização em Saúde da Família (IBEX)
E-mail: marciafreu@gmail.com

Mikael Henrique Batista de Jesus

Graduação em Enfermagem (UFG)
Mestrado em Ensino em Ciências e Saúde (UFT)
Doutorando em Engenharia Biomédica (UnivBrasil)
E-mail: mikael.batista@ifto.edu.br

Mízia Saraiva dos Santos

Graduanda em Enfermagem (FIESC)
E-mail: Mizia-saraiva@outlook.com

Patrícia da Silva Oliveira

Graduanda em Enfermagem (FIESC)
E-mail: Patryciaoliveira.enzo@hotmail.com

Poliana Vilela Ferreira

Graduanda em (FIESC)
E-mail: polyvilela@outlook.com

Rízia Sousa Almeida Oliveira

Graduação em Enfermagem (UFMA)
E-mail: riziasea@hotmail.com

Ruhena Kelber Abrão

Graduação em Educação Física (FURG)
Mestrado em Educação Física (UFPel)
Doutorado em Educação em Ciências, Química da vida e Saúde (UFRGS)
E-mail: kelberabrao@uft.edu.br

Ruth Fernandes Pereira

Graduação em Enfermagem (FACIMP)
E-mail: ruthfernandess@hotmail.com

Tamyze Bezerra Gomes

Graduação em Enfermagem (CEULP/ULBRA)
Especialização em Urgência e Emergência (CGESP)
E-mail: thamyza@gmail.com

Thais Teixeira da Silva

Graduação em Enfermagem (FACIMP)
E-mail: thais-it@hotmail.com

Thiago Oliveira Sabino de Lima

Graduação em Enfermagem (FEF)
Especialização em Urgência e Emergência (ITOP)
Mestrando em Ensino em Ciências e Saúde (UFT)
E-mail: thiagosabino@uft.edu.br

Vanessa Freitas de França

Graduação em Enfermagem (UFMA)
E-mail: vanessinhataylan@hotmail.com

Wanna Thaylha Silva Brito

Graduanda em Enfermagem (FIESC)
E-mail: Wannathayllabritto@hotmail.com

Wherveson de Araújo Ramos

Graduação em Enfermagem (UFMA)
Mestrando em Saúde e Tecnologia (UFMA)
E-mail: wherveson@hotmail.com

ÍNDICE REMISSIVO

- Acompanhante.....4, 8, 9, 12, 48, 56, 61, 81, 97, 99, 100, 101, 105, 108, 111, 112, 114, 117, 137, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167
- Adolescência.....5, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28
- Aleitamento materno.....4, 8, 11, 12, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148
- Amamentação 8, 100, 109, 110, 112, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146
- Assistência de Enfermagem.....7, 8, 9, 12, 58, 62, 76, 120, 122, 124, 128, 129, 144, 149, 206, 210
- Automedicação.....4, 5, 6, 11, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46
- Climatério4, 5, 9, 12, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 182, 183, 186, 188, 189, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211
- Diabetes gestacional.....4, 84, 92
- Diabetes mellitus.....7, 78, 81, 82, 87, 91, 92, 93, 94, 124, 202
- Doula 4, 7, 11, 95, 96, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 138, 149, 151, 167
- Enfermagem. .4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 24, 27, 33, 34, 42, 44, 45, 46, 48, 55, 56, 57, 58, 60, 62, 68, 70, 74, 76, 81, 90, 93, 94, 101, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 135, 138, 144, 145, 146, 147, 149, 151, 152, 161, 165, 166, 167, 193, 197, 199, 200, 201, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 215, 216, 217
- Envelhecimento. 168, 169, 170, 173, 174, 179, 181, 184, 185, 186, 192, 194, 197, 198, 202, 203, 204, 210, 211
- Espiritualidade.....9, 103, 169, 175, 178, 189, 191, 192, 196, 197, 198
- Gestação....4, 5, 6, 11, 14, 25, 26, 37, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 84, 86, 88, 90, 92, 93, 103, 105, 107, 110, 112, 128, 132, 149, 155, 156, 159, 162, 164
- Gestação de alto risco.....59, 67, 69, 74, 76, 92
- Gravidez....5, 6, 8, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 36, 47, 49, 50, 51, 52, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 68, 69, 70, 72, 75, 76, 77, 78, 79, 81, 84, 86, 88, 93, 94, 112, 116, 149, 150, 151, 156, 162, 164, 169, 182, 189, 202

Hipertensão.....	16, 59, 60, 61, 65, 67, 68, 76, 84, 133, 174, 200, 202
Humanização da assistência ao parto.....	116
Intrahospitalar.....	7, 62, 67, 74
Organização Mundial De Saúde.....	98, 136, 137, 147
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.....	10, 43, 68, 76
Políticas Públicas.....	1, 2, 4, 5, 14, 17, 22, 23, 24, 25, 101, 116, 122, 127, 129, 209
Processo de parturição.	4, 7, 47, 48, 53, 56, 96, 101, 105, 108, 113, 114, 149, 151, 152, 159, 164, 165, 166
Programa de Humanização do Parto e Nascimento.....	162, 165
Recém-nascido.....	50, 70, 95, 96, 98, 100, 124, 126, 131, 132, 136, 137, 140, 147, 151, 162
Saúde da Mulher.....	1, 2, 4, 5, 9, 10, 12, 30, 37, 38, 43, 45, 68, 76, 96, 193, 196, 197, 199, 200, 201, 204, 206, 209, 210, 215
Sistema Único de Saúde.....	16, 20, 43, 48, 54, 57, 61, 99, 101, 116, 150, 165
Universitárias.....	4, 5, 11, 29, 30, 43, 46
Vulvovaginites.....	5, 6, 11, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 42, 43, 45, 46

ISBN 978-658997351-5



9

786589

973515