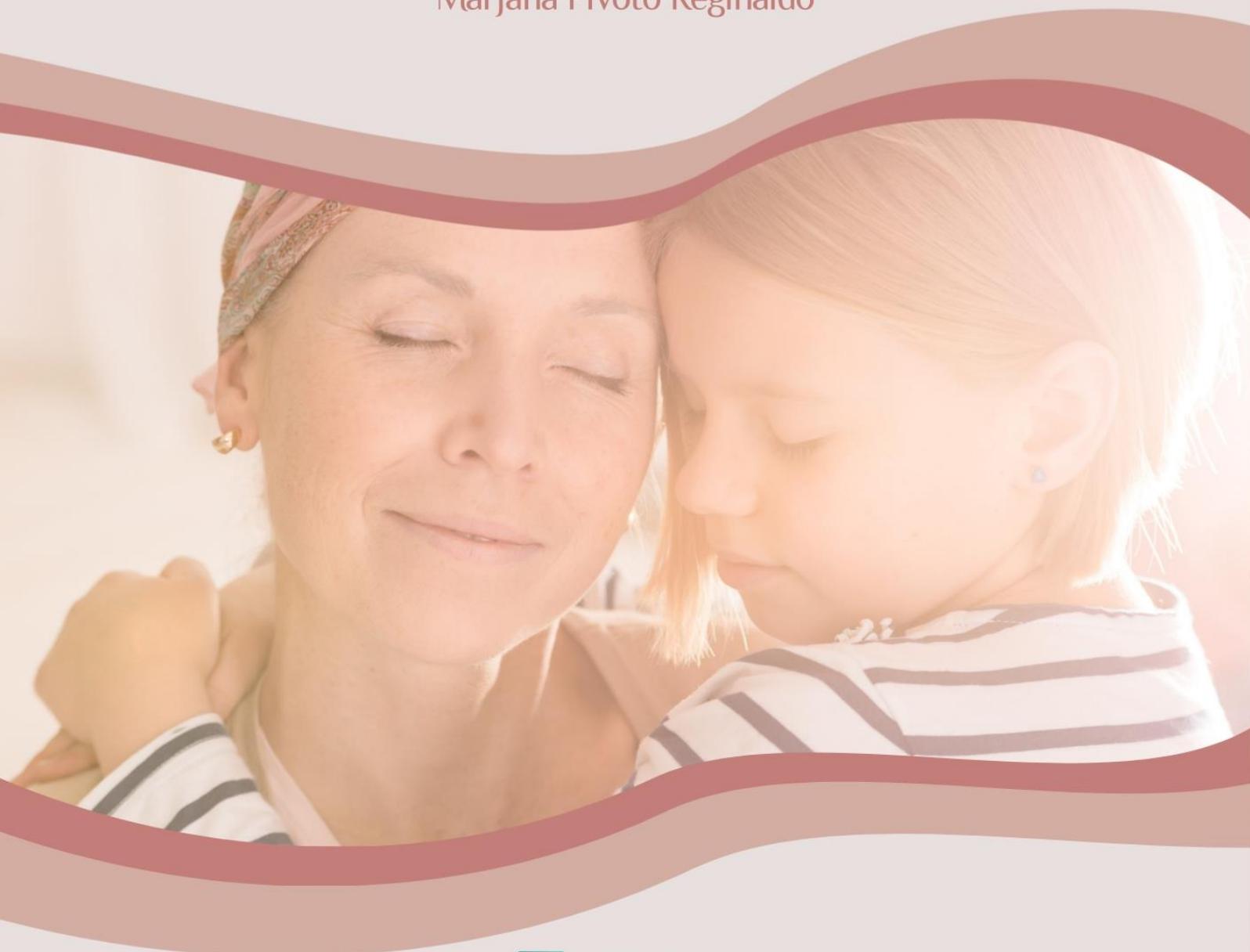


# AMPLIANDO O OLHAR PARA O CUIDADO INTEGRAL DE MULHERES E CRIANÇAS

ORGANIZAÇÃO

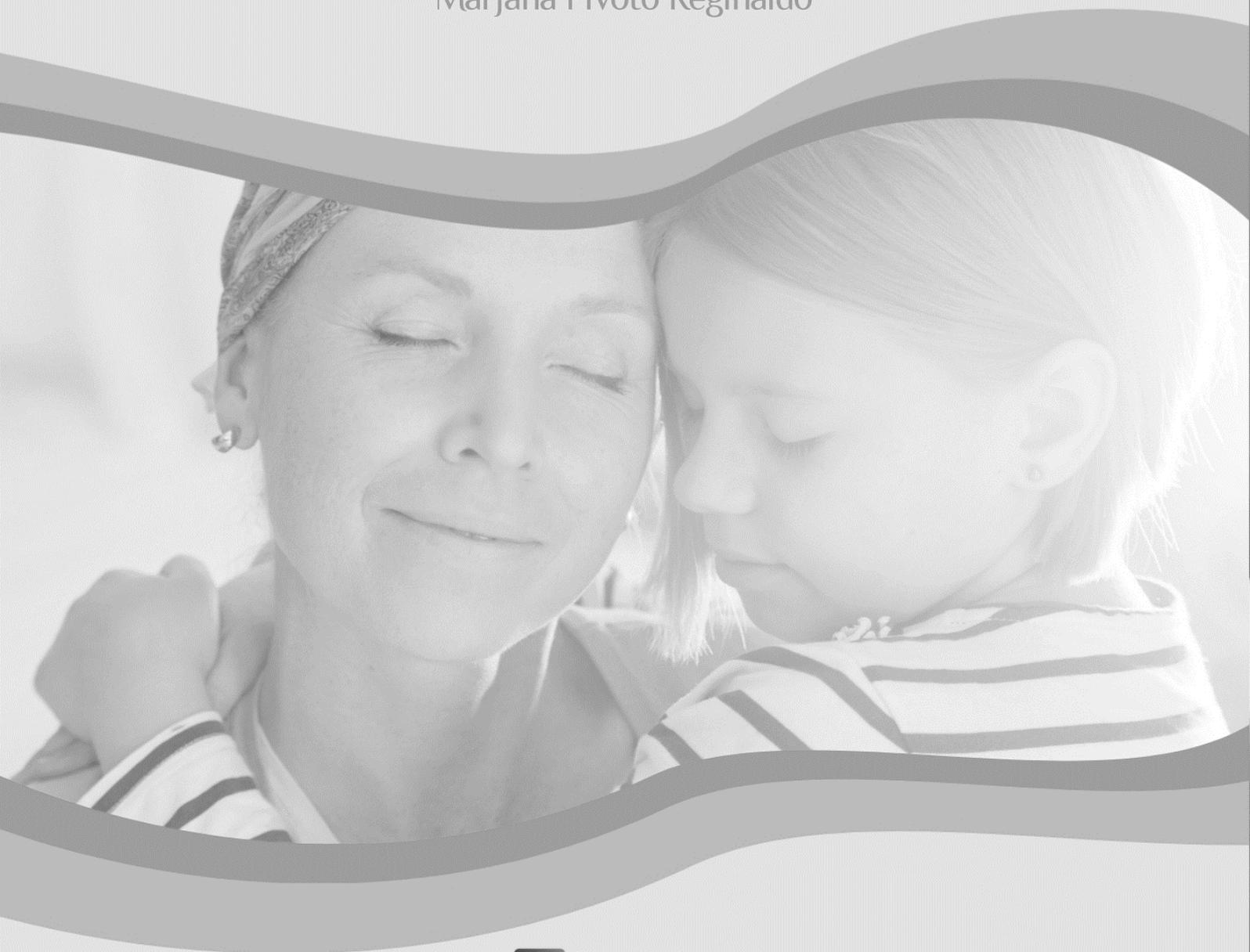
Liane Bahú Machado  
Silvana Carloto Andres  
Marjana Pivoto Reginaldo



# AMPLIANDO O OLHAR PARA O CUIDADO INTEGRAL DE MULHERES E CRIANÇAS

ORGANIZAÇÃO

Liane Bahú Machado  
Silvana Carloto Andres  
Marjana Pivoto Reginaldo



**AMPLLA**  
EDITORA



2022 - Editora Ampla

Copyright da Edição © Editora Ampla

Copyright do Texto © Os autores

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Design da Capa: Editora Ampla

Diagramação: Felipe José Barros Meneses

Revisão: Os autores

**Ampliando o olhar para o cuidado integral de mulheres e crianças** está licenciado sob CC BY 4.0.



Esta licença exige que as reutilizações deem crédito aos criadores. Ele permite que os reutilizadores distribuam, remixem, adaptem e construam o material em qualquer meio ou formato, mesmo para fins comerciais.

O conteúdo da obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, não representando a posição oficial da Editora Ampla. É permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores. Todos os direitos para esta edição foram cedidos à Editora Ampla.

ISBN: 978-65-5381-040-2

DOI: 10.51859/ampla.aoc402.1122-0

**Editora Ampla**

Campina Grande – PB – Brasil

contato@amplaeditora.com.br

www.amplaeditora.com.br



2022

# CONSELHO EDITORIAL

Andréa Cátia Leal Badaró – Tecnológica Federal do Paraná

Andréia Monique Lermen – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Antoniele Silvana de Melo Souza – Universidade Estadual do Ceará

Aryane de Azevedo Pinheiro – Universidade Federal do Ceará

Bergson Rodrigo Siqueira de Melo – Universidade Estadual do Ceará

Bruna Beatriz da Rocha – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Bruno Ferreira – Universidade Federal da Bahia

Caio César Costa Santos – Universidade Federal de Sergipe

Carina Alexandra Rondini – Universidade Estadual Paulista

Carla Caroline Alves Carvalho – Universidade Federal de Campina Grande

Carlos Augusto Trojaner – Prefeitura de Venâncio Aires

Carolina Carbonell Demori – Universidade Federal de Pelotas

Cícero Batista do Nascimento Filho – Universidade Federal do Ceará

Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Dandara Scarlet Sousa Gomes Bacelar – Universidade Federal do Piauí

Daniela de Freitas Lima – Universidade Federal de Campina Grande

Darlei Gutierrez Dantas Bernardo Oliveira – Universidade Estadual da Paraíba

Denise Barguil Nepomuceno – Universidade Federal de Minas Gerais

Dylan Ávila Alves – Instituto Federal Goiano

Edson Lourenço da Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí

Elane da Silva Barbosa – Universidade Estadual do Ceará

Érica Rios de Carvalho – Universidade Católica do Salvador

Fernanda Beatriz Pereira Cavalcanti – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Gabriel Gomes de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas

Gilberto de Melo Junior – Instituto Federal do Pará

Givanildo de Oliveira Santos – Instituto Brasileiro de Educação e Cultura

Higor Costa de Brito – Universidade Federal de Campina Grande

Isabel Fontgalland – Universidade Federal de Campina Grande

Isane Vera Karsburg – Universidade do Estado de Mato Grosso

Israel Gondres Torné – Universidade do Estado do Amazonas

Italan Carneiro Bezerra – Instituto Federal da Paraíba

Ivo Batista Conde – Universidade Estadual do Ceará

Jaqueline Rocha Borges dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Jessica Wanderley Souza do Nascimento – Instituto de Especialização do Amazonas

João Henriques de Sousa Júnior – Universidade Federal de Santa Catarina

João Manoel Da Silva – Universidade Federal de Alagoas

João Vitor Andrade – Universidade de São Paulo

Joilson Silva de Sousa – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

José Cândido Rodrigues Neto – Universidade Estadual da Paraíba

Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Josenita Luiz da Silva – Faculdade Frassinetti do Recife

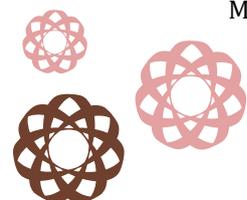
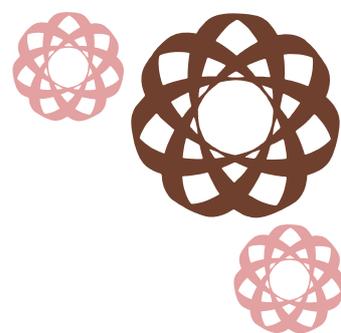
Josiney Farias de Araújo – Universidade Federal do Pará

Karina de Araújo Dias – SME/Prefeitura Municipal de Florianópolis

Katia Fernanda Alves Moreira – Universidade Federal de Rondônia

Laís Portugal Rios da Costa Pereira – Universidade Federal de São Carlos

Laíze Lantyer Luz – Universidade Católica do Salvador





Lindon Johnson Pontes Portela -  
Universidade Federal do Oeste do Pará

Lucas Araújo Ferreira - Universidade Federal  
do Pará

Lucas Capita Quarto - Universidade Federal  
do Oeste do Pará

Lúcia Magnólia Albuquerque Soares de  
Camargo - Unifacisa Centro Universitário

Luciana de Jesus Botelho Sodré dos Santos -  
Universidade Estadual do Maranhão

Luís Paulo Souza e Souza - Universidade  
Federal do Amazonas

Luiza Catarina Sobreira de Souza - Faculdade  
de Ciências Humanas do Sertão Central

Manoel Mariano Neto da Silva - Universidade  
Federal de Campina Grande

Marcelo Alves Pereira Eufrasio - Centro  
Universitário Unifacisa

Marcelo Williams Oliveira de Souza -  
Universidade Federal do Pará

Marcos Pereira dos Santos - Faculdade Rachel  
de Queiroz

Marcus Vinicius Peralva Santos -  
Universidade Federal da Bahia

Marina Magalhães de Moraes - Universidade  
Federal do Amazonas

Mário C zar de Oliveira - Universidade  
Federal de Uberlândia

Michele Antunes - Universidade Feevale

Milena Roberta Freire da Silva - Universidade  
Federal de Pernambuco

Nadja Maria Mourão - Universidade do Estado  
de Minas Gerais

Natan Galves Santana - Universidade  
Paranaense

Nathalia Bezerra da Silva Ferreira -  
Universidade do Estado do Rio Grande do  
Norte

Neide Kazue Sakugawa Shinohara -  
Universidade Federal Rural de Pernambuco

Neudson Johnson Martinho - Faculdade de  
Medicina da Universidade Federal de Mato  
Grosso

Patrícia Appelt - Universidade Tecnológica  
Federal do Paraná

Paula Milena Melo Casais - Universidade  
Federal da Bahia

Paulo Henrique Matos de Jesus - Universidade  
Federal do Maranhão

Rafael Rodrigues Gomides - Faculdade de  
Quatro Marcos

Re ngela Cíntia Rodrigues de Oliveira Lima -  
Universidade Federal do Ceará

Rebeca Freitas Ivanicska - Universidade  
Federal de Lavras

Renan Gustavo Pacheco Soares - Autarquia do  
Ensino Superior de Garanhuns

Renan Monteiro do Nascimento -  
Universidade de Brasília

Ricardo Leoni Gonçalves Bastos -  
Universidade Federal do Ceará

Rodrigo da Rosa Pereira - Universidade  
Federal do Rio Grande

Sabrynna Brito Oliveira - Universidade  
Federal de Minas Gerais

Samuel Miranda Mattos - Universidade  
Estadual do Ceará

Shirley Santos Nascimento - Universidade  
Estadual Do Sudoeste Da Bahia

Silvana Carloto Andres - Universidade  
Federal de Santa Maria

Silvio de Almeida Junior - Universidade de  
Franca

Tatiana Paschoalette R. Bachur -  
Universidade Estadual do Ceará | Centro  
Universitário Christus

Telma Regina Stroparo - Universidade  
Estadual do Centro-Oeste

Thayla Amorim Santino - Universidade  
Federal do Rio Grande do Norte

Virgínia Maia de Araújo Oliveira - Instituto  
Federal da Paraíba

Virginia Tomaz Machado - Faculdade Santa  
Maria de Cajazeiras

Walmir Fernandes Pereira - Miami University  
of Science and Technology

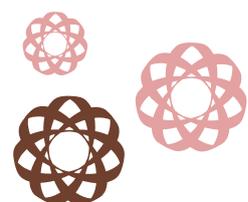
Wanessa Dunga de Assis - Universidade  
Federal de Campina Grande

Wellington Alves Silva - Universidade  
Estadual de Roraima

Y scara Maia Araújo de Brito - Universidade  
Federal de Campina Grande

Yasmin da Silva Santos - Fundação Oswaldo  
Cruz

Yuciara Barbosa Costa Ferreira -  
Universidade Federal de Campina Grande





2022 - Editora Ampla

Copyright da Edição © Editora Ampla

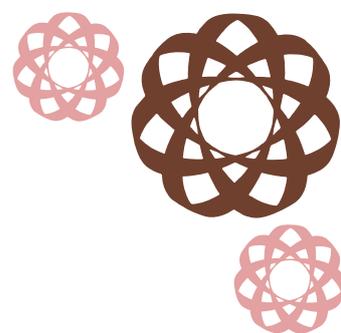
Copyright do Texto © Os autores

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Design da Capa: Editora Ampla

Diagramação: Felipe José Barros Meneses

Revisão: Os autores



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

Ampliando o olhar para o cuidado integral de mulheres e crianças [livro eletrônico / Liane Bahú Machado, Silvana Carloto Andres, Marjana Pivoto Reginaldo. -- Campina Grande : Editora Ampla, 2022. 56 p.

Formato: PDF

ISBN: 978-65-5381-040-2

1. Saúde da mulher. 2. Saúde da criança.  
3. Assistência de saúde. 4. Obstetrícia. I. Machado, Liane Bahú. II. Andres, Silvana Carloto. III. Título. IV. Reginaldo, Marjana Pivoto

CDD-614

Sueli Costa - Bibliotecária - CRB-8/5213  
(SC Assessoria Editorial, SP, Brasil)

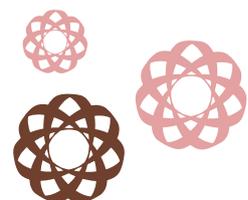
### Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde pública 614

**Editora Ampla**  
Campina Grande - PB - Brasil  
contato@ampllaeditora.com.br  
www.ampllaeditora.com.br



2022

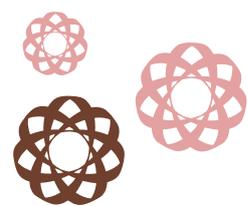
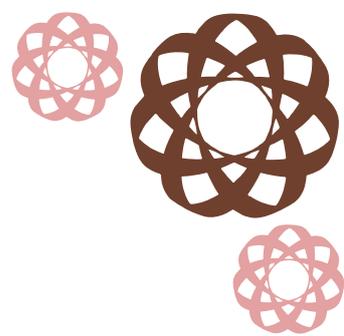


# APRESENTAÇÃO

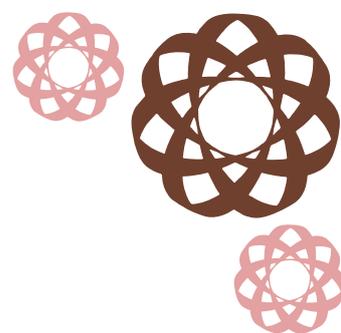
O presente livro aborda questões sobre saúde da mulher e da criança, trazendo conceitos das políticas públicas, discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde, relata ações de promoção a atenção integral à saúde das mulheres e de crianças em todos os ciclos de vida, enfatizando o binômio mãe e filho.

A importância desta publicação está evidentemente associada a questões culturais e sociais abordando temas como a violência contra a mulher na sociedade. Nesse processo de troca as autoras trazem discussões à saúde da mulher e da criança no campo dos Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais, sociais e assistência em saúde.

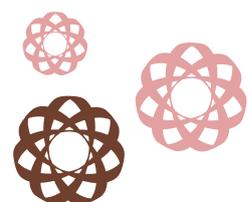
*As organizadoras*



# SUMÁRIO



<b>CAPÍTULO I - TERAPIAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES COMO ESTRATÉGIA DE APOIO E PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO</b> .....	<b>8</b>
1. INTRODUÇÃO .....	8
2. REFERENCIAL TEÓRICO .....	11
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	13
REFERÊNCIAS .....	14
<b>CAPÍTULO II - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA</b> .....	<b>17</b>
1. INTRODUÇÃO .....	17
2. METODOLOGIA .....	19
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	20
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	22
REFERÊNCIAS .....	22
<b>CAPÍTULO III - A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO NO PRÉ-NATAL EM GESTANTES COM INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)</b> .....	<b>24</b>
1. INTRODUÇÃO .....	25
2. REFERENCIAL TEÓRICO .....	26
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	29
REFERÊNCIAS .....	29
<b>CAPÍTULO IV - IMPORTÂNCIA DA DISSEMINAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE OS DIREITOS DAS MULHERES NO MOMENTO DO PARTO PARA EVITAR EPISÓDIOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA</b> .....	<b>31</b>
1. INTRODUÇÃO .....	32
2. MÉTODO .....	33
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	34
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	37
REFERÊNCIAS .....	38
<b>CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA MULHER</b> .....	<b>41</b>
1. INTRODUÇÃO .....	41
2. REFERENCIAL TEÓRICO .....	43
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	46
REFERÊNCIAS .....	47
<b>CAPÍTULO VI - ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE</b> .....	<b>49</b>
1. INTRODUÇÃO .....	49
2. REFERENCIAL TEÓRICO .....	51
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	54
REFERÊNCIAS .....	54
<b>SOBRE AS ORGANIZADORAS</b> .....	<b>56</b>



# TERAPIAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES COMO ESTRATÉGIA DE APOIO E PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

DOI: 10.51859/AMPLLA.AOC402.1122-1

Liane Bahú Machado <sup>1</sup>  
Marjana Pivoto Reginaldo <sup>2</sup>  
João Alberto Nascimento <sup>3</sup>  
Fernanda dos Santos Trombini <sup>4</sup>  
Carolina Heleonora Pilger <sup>5</sup>  
Rafaella França Torres <sup>6</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

<sup>2</sup> Enfermeira. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI

<sup>3</sup> Médico. Prefeitura Municipal de São Vicente do Sul

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

<sup>6</sup> Enfermeira. Prefeitura Municipal de Jari

## RESUMO

A amamentação é uma prática que traz inúmeros benefícios e vantagens para mulher e para o bebê em vários aspectos nutricionais e fisiológicos, porém as vezes, algumas mulheres podem passar por algumas dificuldades nesse processo, que pode ser desconhecido e de inseguranças. Nesse sentido as terapias integrativas e complementares podem ser estratégias que apoiam e auxiliam a promoção do aleitamento materno infantil, tornado esse momento mais fácil e prazeroso, pois essas terapias podem auxiliar de modo não invasivo e indolor complementando ou não medicações farmacológicas.

**Palavras-chave:** Aleitamento. Terapias Integrativas. Terapias Complementares.

## 1. INTRODUÇÃO

A amamentação é uma prática que traz inúmeras vantagens para a criança e a mãe em diversos aspectos, tanto no valor nutricional, na proteção imunológica quanto na redução da morbimortalidade infantil por diarreia ou por infecção respiratória. É importante reforçar que a amamentação oportuniza inúmeros benefícios para o binômio mãe-bebê, alimenta a criança

e fortalece o vínculo familiar em razão da proximidade e conexão que vão além do físico, ocasionando conforto e aconchego do colo, amenizando as suas emoções em momentos de dor, desconforto e exposição ambiental (MACIEL et al., 2019).

O aleitamento materno (AM) abarca e constitui laços sociais que possibilitam alicerçar os vínculos afetivos, transmite maior segurança para a mãe, fomenta-se o desenvolvimento afetivo-emocional e social da criança. Todavia, ainda que comprovados os diversos benefícios da amamentação, sua prática está abaixo das do que está preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2017).

O suporte aos casais que estão vivenciando o processo de lactação precisa ser ininterrupto durante todo o período da amamentação, sendo indispensável que o profissional de saúde esteja atualizado em seus conhecimentos e condutas para realizar suas práticas de maneira eficaz com as mães e seus familiares (ARANTES, MONTRONE, MILIONE, 2008). Dessa maneira, torna-se premente a adesão ao uso de práticas atuais e facilitadoras no sentido da promoção, apoio e incentivo ao aleitamento materno infantil promovendo dessa forma, maior qualidade de vida a mãe, bebê e seus familiares.

Para assegurar a integralidade na atenção à saúde como um todo, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), apoiando para o fortalecimento dos seus princípios fundamentais, pois, considera o sujeito em sua totalidade e singularidade (BRASIL, 2006).

Estas práticas, estão tendo satisfatória adesão e inserção pelos profissionais da saúde, com diferentes objetivos, podendo ser aplicadas em diversas condições clínicas, e ser uma forma de concluir a terapêutica aliada ao tratamento biomédico, a depender da condição do sujeito e, com isso, possibilitar um cuidado diferenciado e com resultados eficazes (MENDES et al., 2019; HOLDEN et al., 2019).

Esta política de incentivo às Práticas Integrativas e Complementares incentiva a utilização de terapias não convencionais, que são práticas milenares usadas por vários povos no cuidado à saúde, como acupuntura, Reike, escalda-pés, musicoterapia, aromaterapia, entre outras. Este modelo tem ótica na qualidade das relações entre mulher e profissional, utiliza tecnologia adequada na visão holística e integral do ser humano, institui o equilíbrio entre ciência, tecnologia e humanização, e ainda exige relevante aceitação pela resolutividade e pelo baixo custo (BORGES, MADEIRA, AZEVEDO, 2011; BARBOSA et al., 2004).

As práticas integrativas e complementares (PICS) na atenção à saúde da mulher são metodologias terapêuticas diferenciadas, pois proporcionam a extensão do cuidado e da assistência no período de gestação, parto e pós-parto. As terapias contribuem no tratamento e

nas intervenções convencionais, e melhoram a qualidade de vida. Através destas práticas, é plausível alcançar a integralidade na assistência à saúde da mulher, dando a ela mais autonomia em seu ciclo grávido-puerperal (ARAÚJO et al., 2014; GATTI, 2015).

Dessa forma, as práticas integrativas vêm somar empenhos nessa perspectiva de consolidar a prática da amamentação. A inserção de recursos terapêuticos no SUS objetiva a melhoria dos serviços e o fomento de diversas condutas, tornando disponíveis alternativas preventivas e terapêuticas aos seus usuários. O modelo de atenção organiza-se de forma transdisciplinar, busca-se a integralidade do cuidado em saúde e o abarcamento de enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, educador físico e outros profissionais de saúde (BRASIL, 2015).

## 1.1. A importância do aleitamento materno infantil para saúde do binômio mãe-bebê

---

Conforme recomendação da OMS, o aleitamento materno deve ser praticado de forma exclusiva até o sexto mês de vida da criança, posteriormente complementado com outros alimentos até os dois anos ou mais (VICTORA et al., 2016).

O AM é um elemento importante para o crescimento e desenvolvimento do bebê, especialmente nos primeiros seis meses de vida (BOCCOLINI, CARVALHO, OLIVEIRA, 2015; BRASIL, 2015; BOCCOLINI et al., 2017). Além do mais, contribui significativamente na relação afetiva entre mãe e filho, e também no processo imunológico e psicológico (CASSIMIRO et al., 2019).

O leite materno é composto por inúmeros nutrientes e uma diversidade de vitaminas, proteínas, gorduras, minerais e carboidratos, além de ser rico em anticorpos fundamentais ao desenvolvimento do bebê (OLIVEIRA, CARIELLO, DINELLY, 2017).

Trata-se de uma substância viva ativamente protetora e imunomoduladora. Para a mãe, o leite materno age como contraceptivo natural, promove o emagrecimento mais rapidamente e minimiza os riscos de câncer de mama e de útero. Para o lactente, intensifica o vínculo mãe/filho, há proteção contra doenças infecciosas, reduz a incidência de alergias, minimiza significativamente as taxas de morbidade e mortalidade, por consequência de diarreia, infecções respiratórias agudas e desnutrição (ACCIOLY et al., 2006).

Silva, Soares e Macedo (2017) indicam que seguramente o leite materno é o melhor alimento para o bebê no decorrer do seu primeiro ano de vida. É por meio do mesmo, que o bebê estará seguramente bem nutrido na fase inicial de sua vida e com o sistema imunológico

desenvolvendo-se e fortalecendo-se sucessivamente para, assim, protegê-lo de patologias futuras. Os benefícios não se limitam às crianças, uma vez que já se comprovou também, os benefícios desta prática para a saúde da mãe (SILVA, SOARES, MACEDO, 2017).

Boccolini et al. (2017) afirmam que o leite produzido pela mãe é suficiente para a adequada nutrição do bebê até os 6 primeiros meses de vida, sem haver necessidade de complementos. As principais vantagens para a criança abrangem um melhor desenvolvimento intelectual, a prevenção contra obesidade, doenças cardíacas, contagiosas e alérgicas, alívio de cólicas, proporciona também o estabelecimento do peso apropriado em virtude dos inúmeros nutrientes e vitaminas (CIAMPO, CIAMPO, 2018).

Conforme a OMS, evidências revelam que o AM proporciona benefícios para a vida da mãe e do bebê, podendo ser de curtos e longos prazos. O Ministério da Saúde (2015) salienta que, com relação à mãe, acontece a involução uterina e redução no sangramento, o retorno do peso e imagem corporal, prevenção da depressão pós-parto, câncer de mama, ovário e endométrio, endometriose, doença de Alzheimer e doenças sistêmicas, tais como diabetes mellitus, osteoporose e doenças cardiovasculares (CIAMPO, CIAMPO, 2018).

Além do mais, a OMS salienta que, para o bebê, entre as principais vantagens estão a diminuição da morbimortalidade infantil, aumento do número de anticorpos, ganho de peso adequado, evitando a desnutrição, doenças respiratórias, diabetes mellitus, dermatite atópica, rinite alérgica e obesidade, melhorando os índices de desenvolvimento neuro motor e cognitivo, quociente intelectual e exercita a região perioral e intraoral (DUARTE, 2019; BRASIL, 2015).

A lactação é um processo complexo e afetado por múltiplos fatores, que podem levar à suplementação com fórmula e à interrupção precoce do aleitamento materno durante o puerpério, alternativas como práticas terapêuticas complementares em saúde podem entrar nesse contexto como uma alternativa auxiliando o processo de amamentação.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. O uso das Terapias Integrativas e Complementares no aleitamento materno

---

As PICS têm como foco principal incluir as práticas no SUS com ênfase na atenção básica, garantir a promoção, prevenção e recuperação da saúde através de tecnologias eficazes e seguras, e ainda promover o cuidado humanizado e integral dos indivíduos (BRASIL, 2015).

As PICS têm sua inserção ainda recente no contexto de saúde brasileiro e dispõe de um papel fundamental no que se refere ao conhecimento, acesso e aplicabilidade dessas práticas reconhecidas e respaldadas pela legislação vigente para atuarem em locais públicos ou privados (ANDRES et al., 2020).

O AM é reconhecido pelo Ministério da Saúde, em consenso com a OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), como uma das práticas essenciais para a redução dos índices de mortalidade neonatal. É indispensável o fato de que o AM deve ter início logo após o parto visto que o colostro é apontado com a primeira imunização do recém-nascido (RN) pela presença de imunoglobulinas e maior quantidade de proteínas e vitamina A. A partir disso, recomenda-se o AM de forma exclusiva até o sexto mês de vida, e posteriormente e maneira complementar até os dois anos de idade, ou mais (BRASIL, 2011; ODDY, 2013; BEZERRA et al., 2012).

Por vezes o cenário da amamentação pode ser difícil e conflituoso para mulher, neste momento pode-se inserir as terapias complementares e/ou alternativas em saúde, que são práticas não dolorosas e não invasivas, no intuito de incentivar e acalmar a mulher e bebê na prática da amamentação, dentro o universo disponível das terapias pode-se por exemplo o utilizar-se da musicoterapia, arteterapia, cromoterapia, reiki, aromoterapia, plantas medicinais, yoga, meditação entre outras práticas seguras e que podem ser utilizadas em conjunto entre si, ou em complemento a terapias medicamentosas.

A musicoterapia é considerada como uma estratégia que, de modo geral, consegue abranger exercer influência sobre inúmeros aspectos da qualidade de vida. Dessa forma, observando a aplicação da musicoterapia e os seus mecanismos de ação, bem como os principais pontos de melhoria nas dinâmicas de cuidado e as alterações psíquicas e fisiológicas mais significantes, por exemplo, expressa-se a necessidade de discussão direcionada à promoção do conforto em momentos de modificação da mulher durante o período da amamentação (DE OLIVEIRA et al., 2014).

A musicoterapia é considerada uma ferramenta fundamental, o qual tem como foco em promover a aproximação familiar e proporcionarão mulher e mais confortável. Além do mais, pode interferir nas ondas cerebrais e nas frequências resultando em melhorias do bem-estar físico e mental (SOUSA, SILVA, PAIVA, 2019). Diante disso, a musicoterapia pode produzir benefícios no que diz respeito à promoção do bem-estar, funcionando como medida não farmacológica para o alívio da dor, ocasionando boas lembranças (ROCHA, JESUS, 2022).

Outra prática complementar pode ser utilizada em complemento com a musicoterapia é a arte terapia, a prática da arteterapia, é conhecida como um dispositivo terapêutico que

restabelece de forma não verbal, visando a resgatar o autoconhecimento e transformação, procurando aceitar os diversos aspectos dos pacientes, como os afetivos, culturais, cognitivos, motores, sociais entre outros, a arteterapia engloba os saberes de diversas áreas, constituindo-se como uma prática transdisciplinar (DOS REIS, 2014).

Essas práticas, em especial a arteterapia, busca estimular mecanismos naturais de prevenção de agravos e promoção da saúde por meio de tecnologias eficazes, seguras e por vezes de baixo custo, com base na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano (ANDRES et al., 2020).

Outra prática muito usada e conhecida por décadas é uso de plantas medicinais, alguns exemplos como: camomila (*Matricaria chamomilla*) atua no período puerperal com propriedades sedativa e calmante, combatendo sintomas de ansiedade e depressão. Seus efeitos também podem ser sentidos pelo bebê através da amamentação (BASTOS, 2015).

Sendo assim, as PICS contribuem para a busca da integralidade da atenção à saúde e para redução dos gastos públicos, uma vez que as PICS possibilitam o complemento do tratamento medicamentoso tradicional/usual de forma simples e de baixo custo, reduzindo assim o possível uso de medicamentos nessa fase (TELESI, 2016).

Ainda há muitos mitos e crenças em relação ao leite materno e amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida do RN, o que torna extremamente necessário o engajamento dos profissionais da saúde no tocante a prevenção e promoção do AM para melhorar a qualidade de vida enquanto bebê e também sobre seus reflexos na vida adulta posteriormente (MACHADO, ANDRES, MORESCHI, 2021).

Por fim associar o período de amamentação com o uso de práticas complementares à saúde, de forma segura e eficaz pode trazer para mulher um momento prazeroso e de alívio, pois também essas práticas além de seguras e de forma geral acessíveis com custo benefícios, são reconhecidas cientificamente.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As terapias alternativas e complementares à saúde podem assim trazer para mulher e seu bebê uma assistência individualizada e humana, com pouca interferência no processo fisiológico da amamentação, contemplando de forma geral o binômio mãe/filho.

Ressalta-se que todas as práticas devem em algum momento ser fundamentadas bem como orientadas/esclarecidas dos riscos que advém do conhecimento popular, para melhor estabelecer a produção e manutenção do leite materno. O uso irrestrito, sem orientação

profissional, pode suscitar numa prática inadequada para o apoio a amamentação, trazendo consequências negativas para o binômio mãe-bebê.

## REFERÊNCIAS

- ACCIOLY, E. et al. Práticas de nutrição pediátrica. São Paulo: **Atheneu**; 2006.
- ANDRES S. C. et al. Arteterapia como opção não medicamentosa para pacientes internados em uma unidade hospitalar. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, 2020;7.
- ANDRES, F. C. et al. Conhecimento de enfermeiros acerca das práticas integrativas e complementares em saúde. **Research, Society and Development**, 2021;9(7):1-15.
- ARANTES, C. I. S.; MONTRONE, A. V. G.; MILIONE, D. B. Concepções e conhecimento de sobre amamentação de profissionais da atenção básica à saúde. **Rev Eletrônica Enferm**, 2008;10(4):933-44.
- ARAÚJO, C. et al. Terapias complementares em pessoas vivendo com HIV/Aids: a enfermagem no auxílio a adesão ao tratamento. **Extramuros**, 2014;2(2):18-26.
- BARBOSA, M.A. et al. Crenças populares e recursos alternativos como práticas de saúde. **R Enferm UERJ**, 2004; 12:38-43.
- BASTOS A. Plantas Medicinais Brasileiras Aplicadas aos Princípios da Medicina Chinesa. E-book. 2015.
- BEZERRA, V. L. V. A. et al. Aleitamento materno exclusivo e fatores associados a sua interrupção precoce: estudo comparativo entre 1999 e 2008. **Rev Paul Pediatr** 2012;30(2):173-79.
- BOCCOLINI, C. S. et al. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Revista de Saúde Pública**, 2017(108):1-9.
- BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I. C. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, 2015;49(91):1-16.
- BORGES, M.; MADEIRA, L.; AZEVEDO, V. As práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher: uma estratégia de humanização da assistência no Hospital Sofia Feldman. **Rev. Min. Enferm.** Minas Gerais, 2011;15(1):105-113.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas da Saúde. Área Técnica da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso –Método Canguru: manual do curso. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS. Brasília, 2006.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso –2. ed. –Brasília (DF), 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
- CASSIMIRO, I. G. V. et al. A importância da amamentação natural para o sistema estomatognático. **Revista Uningá**, 2019; 55:56-66.
- CIAMPO, L. A.; CIAMPO, I. R. L. Aleitamento materno e seus benefícios para a saúde da mulher. **Rev Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, 2018;40(6):354-359.
- DE OLIVEIRA, M. F. et al. Musicoterapia como ferramenta terapêutica no setor da saúde: uma revisão sistemática. **Revista da universidade vale do rio verde**, 2014;12(2):871-879.
- DOS REIS, A.C. Arteterapia: a Arte como Instrumento no Trabalho do Psicólogo. **PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO**, 2014;34(1):142-157.
- DUARTE, D. A. Benefícios da amamentação. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, 2019;(1):1-7.
- GATTI, M. et al. Perfil da utilização das terapias alternativas/complementares de saúde de indivíduos oriundos do sistema complementar de saúde. **Cad. Naturol. Terap. Complem**, 2015;4(6):29-35.
- HOLDEN, S.C. et al. Yoga for Back Pain, Balance, and Maternal Wellness: A Randomized, Controlled Pilot Study. **GlobAdv Health Med**. 2019;8.
- MACHADO, L. B.; ANDES, S. C.; MORESCHI, C. A atuação do enfermeiro no Alojamento Conjunto na promoção do aleitamento materno. **Research, Society andDevelopment**, 2021;10(1).
- MACIEL, H. I. et al. Medidas farmacológicas e não farmacológicas de controle e tratamento da dor em recém-nascidos. **RevBras Ter Intensiva**, 2019;31(1):21-6.
- MENDES, D. S. et al. Benefícios das práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem. **J Health NPEPS**, 2019;4(1):302-18.
- MONTRONE, A. V. G.; FABBRO, M. R. C.; BERNASCONI, P. B. S. Grupo de apoio à amamentação com mulheres da comunidade: relato de experiência. **Rev APS**, 2009;12(3): 357-62.
- ODDY, W. H. Breastfeeding in the first hour of life protects against neonatal mortality. **J Pediatr**, 2013;89(2).

- OLIVEIRA, F. L. A.; CARIELLO, M. P.; DINELLY, E.M.P. Influência da amamentação e do uso de chupetas no desenvolvimento do sistema estomatognático de bebês. **Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC)**, 2017;3(1).
- ROCHA, K. L. B. JESUS, J. H. OS BENEFÍCIOS DA MUSICOTERAPIA NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO HUMANIZADO. **Revista Científica Da Faculdade De Educação E Meio Ambiente**, 13 (edespmulti), 2022.
- SILVA, D. P.; SOARES, P.; MACEDO, M. V. Aleitamento materno: causas e consequências do desmame precoce. **Montes Claros**, 2017;19(2).
- SOUSA, A. D. R. S.; SILVA, L.F.; PAIVA, E. D. Intervenções de enfermagem nos cuidados paliativos em Oncologia Pediátrica: revisão integrative. **Brasília, Rev. Bras. Enferm**, 2019;72(2).
- TELESI, J. E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**, 2016;30(86):99-112.
- VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and life long effect. **BREASTFEEDING**, 2016;387.

# ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

DOI: 10.51859/AMPLLA.AOC402.1122-2

Liane Bahú Machado <sup>1</sup>  
Silvana Carloto Andres <sup>2</sup>  
Marjana Pivoto Reginaldo <sup>3</sup>  
Mariane da Silva Barbosa <sup>4</sup>  
Thaynan Silveira Cabral <sup>5</sup>  
Raquel Einloft Kleinubing <sup>6</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

<sup>3</sup> Enfermeira. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

<sup>6</sup> Enfermeira. Doutora em enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria.

## RESUMO

A Oncologia Pediátrica é uma especialidade que procura não somente ampliar as chances de cura das crianças, mas também minimizar as sequelas consequentes do tratamento. Trata-se de um relato de experiência de profissionais enfermeiros (as) sobre as vivências obtidas em um hospital de grande porte da região centro-oeste do Rio Grande do Sul, na unidade de atendimento a crianças portadoras de neoplasias. O cuidado à criança com câncer deve englobar as necessidades físicas e psicossociais, inserindo a personalização de assistência, promoção de cuidados a traumáticos, planejamento dos procedimentos e adesão a medidas para alívio da dor e desconforto, buscando sempre, incluir a família nos cuidados. Foi possível perceber a importância da atuação do profissional enfermeiro, este que está diretamente ligado ao cuidado e rotina da criança e de seus familiares, bem como a relevância de um perfil que tenha compromisso em sua prática profissional, embasamento teórico e prático e acima de tudo empatia e foco na promoção de qualidade de vida do paciente e seus familiares no enfrentamento desta doença.

**Palavras-chave:** Câncer infantil. Saúde da Criança. Enfermagem.

## 1. INTRODUÇÃO

Paciente terminal é considerado aquele que apresenta eminência de morte em um breve período (de 3 a 6 meses) ou que não dispõe de chance de cura, mesmo com tratamento médico.

Conforme esta perspectiva, os intuitos de um tratamento para doença incurável ou terminal, como o câncer, convertem de curativos para paliativos (BERNARDO et al., 2014).

Os cuidados paliativos são aplicados a fim de melhorar a qualidade de vida dos usuários e de suas famílias que passam por problemas relacionados a doenças sem probabilidades de cura. São realizados através da prevenção e alívio do sofrimento, pela identificação precoce, avaliação adequada, tratamento da dor e de outros problemas de origem física, psicossocial e espiritual (GUIMARÃES et al., 2016).

Consoante a Organização Mundial da Saúde (OMS), Cuidados Paliativos para Crianças é o cuidado ativo do corpo em sua totalidade, da mente e do espírito da criança, e engloba também dar apoio à família. Inicia-se no momento em que a doença é diagnosticada, e perpetua independentemente de haver ou não tratamento específico direcionado para a doença. É indispensável que os profissionais da saúde atentem e aliviem para o sofrimento físico, psicológico e social da criança (WHO, 2021). Considerando este conceito, os cuidados curativos e paliativos não são excludentes e/ou incompatíveis, mas sim complementares (FEUDTNER, 2007).

Quando o usuário é diagnosticado com alguma doença grave e por consequência, necessita de cuidados paliativos não simboliza que não haja mais nada para fazer e sim que a equipe irá cuidar e apoiar quem está doente e daqueles que o rodeiam. Isto é, “há muito a fazer” pelo usuário e sua família (BRASIL, 2017).

A Oncologia Pediátrica é uma especialidade que procura não somente ampliar as chances de cura das crianças, mas também minimizar as sequelas consequentes do tratamento. Todavia, mesmo com inúmeros progressos, nem todas as crianças são curadas, sendo os cuidados paliativos de extrema relevância para que possa ofertar uma assistência integral, completa e de qualidade desde o momento do diagnóstico ao desfecho da doença (MATOS, 2016).

O câncer infanto-juvenil atinge crianças e adolescentes entre 0 e 19 anos, e equivale a 1% e 4% de todos os tumores malignos na maior parte das comunidades. No Brasil, a estimativa é de que para cada ano do biênio 2018-2019, ocorrerão 420 mil casos novos de câncer. Em 2015, houveram 2.704 óbitos por câncer infanto-juvenil (de 1 a 19 anos) equivalente a 7,9% entre todas as causas, e a segunda maior causa de morte em todas as Regiões (BRASIL, 2017).

Nas doenças crônicas, as intervenções e os cuidados paliativos precisam começar a partir do momento do diagnóstico e transcorrerem de maneira concomitante ao decorrer do tratamento da doença. A palição ganha relevância no câncer infantil quando o tratamento curativo perde sua eficácia (BRASIL, 2017).

A Enfermagem em cuidados paliativos pode ser entendida como uma assistência focada e qualificada técnico e cientificamente, oferecida para todos os usuários gravemente enfermos, mesmo distantes da terminalidade. O primordial foco de interesse são as necessidades expressadas pelo usuário, sendo essencial o alívio do sofrimento e a segurança do cuidado (COLÃO, VILELA, 2018).

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência de profissionais enfermeiros (as) sobre as vivências obtidas em um hospital de grande porte da região centro-oeste do Rio Grande do Sul, na unidade de atendimento a crianças portadoras de neoplasias. As experiências em questão, aconteceram no mês de janeiro de 2022. Relata-se a respeito de 3 internações, as quais foram as que mais houve contato com as crianças.

Uma menina, 5 anos diagnosticada com câncer no ovário. O câncer de ovário é a segunda neoplasia ginecológica mais comum, atrás somente do câncer do colo do útero. A quase totalidade das neoplasias ovarianas (95%) é oriunda das células epiteliais (que revestem o ovário). O restante origina-se de células germinativas (que compõem os óvulos) e células estromais (que produzem a maior parte dos hormônios femininos) (INCA, 2021).

Um menino de 8 anos diagnosticado com osteossarcoma. O osteossarcoma é o tumor maligno ósseo mais comum na fase da infância e adolescência, frequentemente correlacionado a dor local, como também alterações ósseas. Em razão da sua maior prevalência ser nas pernas, a alteração na marcha é uma das principais queixas (INCA, 2021).

E, um menino de 15 anos, diagnosticado com tumor cerebral. O cérebro e a medula espinhal constituem o Sistema Nervoso Central (SNC). Os tumores do SNC devem-se à multiplicação de células anormais nos tecidos nessas localizações. O câncer do SNC simboliza de 1,4 a 1,8% de todos tumores malignos no mundo. Cerca de 88% dos tumores de SNC são no cérebro (INCA, 2021).

Durante o período relatado, foi possível observar o quanto é importante um olhar e atendimento integral e principalmente humanizado por parte de toda a equipe responsável pela assistência prestada a essas crianças, pois a criança simplesmente pelo fato de ser criança já se torna vulnerável e dependente, e quando acometida por alguma neoplasia, essa dependência tem um peso maior.

Também observou-se a relevância da criação de vínculo com os pacientes e também familiares, a importância de acolher a criança e também sua família/acompanhante pois essa

situação gera impacto e fragiliza todos os envolvidos, pois diversas vezes, essas internações não são apenas dias, mas sim diversos meses e inclusive diversos anos, e logo, o lugar em que a família passa a maior parte dos dias, são no hospital, e isso modifica totalmente a estrutura e rotina familiar, sendo necessário um acolhimento não somente para a criança, mas também para os familiares.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O câncer infantojuvenil representa a um grupo de inúmeras doenças que possuem em comum a proliferação desordenada de células anormais e que pode acometer qualquer local do organismo. Diferentemente do câncer do adulto, o câncer infantojuvenil comumente atinge as células do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação (INCA, 2021).

Para todos os envolvidos: crianças, familiares e profissionais da saúde, o tratamento do câncer infantil é longo e traumático. Mesmo que a utilização de todos os recursos tecnológicos curativos, em todas as situações, quando há ou não probabilidade de cura, o sofrimento psicológico, social, espiritual e físico é evidente no decorrer o tratamento. Todavia, todas as crianças diagnosticadas com neoplasias podem e devem beneficiar-se dos cuidados paliativos no percurso da doença (SILVA et al., 2015).

O cuidado à criança com câncer deve englobar as necessidades físicas e psicossociais, inserindo a personalização de assistência, promoção de cuidados à traumáticos, planejamento dos procedimentos e adesão à medidas para alívio da dor e desconforto, buscando sempre, incluir a família nos cuidados (PIRES, 2019).

Toda assistência deve ter embasamento em evidências científicas disponíveis sobre as melhores condutas e técnicas para promoção de redução de diferentes tipos e níveis de sofrimento que os pacientes e seus familiares possam experimentar. Viver com o máximo de qualidade mesmo na iminência da terminalidade, sentir-se cuidado e acolhido, são os sentidos do trabalho da enfermagem em cuidados paliativos (COLÃO, VILELA, 2018).

A OMS determina cuidados paliativos para crianças “como uma especialidade em si, consistem no cuidado total ativo do corpo, da mente e do espírito da criança e o apoio a família”. Esses cuidados, iniciam no diagnóstico da doença com outros tratamentos que podem tardar a vida, como a quimioterapia ou a radioterapia, com o foco sempre na manutenção da qualidade de vida (WHO, 2017).

No mundo, de todas as pessoas que precisam de cuidados paliativos, somente 14% têm acesso. Os prestadores de cuidados de saúde precisam analisar e aliviar o sofrimento físico,

psicológico e social da criança. Para que os cuidados paliativos sejam efetivos, deve ser utilizada uma ampla conduta multidisciplinar que abranja os familiares e faça uso dos métodos disponíveis na comunidade (WHO, 2017).

Os cuidados paliativos no contexto pediátrico estão cada vez mais reconhecidos como componente do cuidado de crianças com doenças que ameaçam a continuidade da vida. Simultaneamente, esses cuidados objetivam aprimorar a qualidade de vida do paciente e de sua família no decorrer de toda a trajetória da doença e são capazes de amenizar os sintomas de incômodo e estresse de crianças que se encontram nessas condições de risco de vida e de suas famílias, permeados por práticas assistenciais singulares para diminuição de sintomas desagradáveis proporcionados por uma equipe multiprofissional voltada às dimensões biopsicossociais e espirituais (MISKO, 2015).

No que se refere à assistência de enfermagem em cuidados paliativos, ressalta-se que o enfermeiro é o profissional que está diretamente junto ao paciente, desde o diagnóstico de uma doença que ameaça a vida até a sua finitude (SOUSA, ALVES, 2015).

O cuidado de enfermagem em cuidados paliativos tem de iniciar no ato do diagnóstico simultaneamente ao cuidado curativo e se sustentar no decorrer de todo o tratamento, atentando e gerenciando sempre, o controle da dor e de todos os sintomas globais expostos. A criança e o adolescente com diagnóstico de câncer, possivelmente, só irão alcançar uma elevada qualidade de vida com a constatação e a implementação precoce dos cuidados paliativos (RANALLO, 2017).

O enfermeiro tem, em sua formação profissional, recursos que possibilitam aliviar o estado emocional da criança hospitalizada, sendo um deles a técnica do brinquedo terapêutico (SILVA et al., 2017). Dessa maneira, o enfermeiro torna-se um elemento importante e transformador no percurso longo e doloroso da criança que enfrenta algum tipo de neoplasia, tendo potencial para tornar essa experiência o menos dolorosa, traumática e triste possível, através de uma assistência humanizada, olhar integral, ambiente acolhedor, vínculo de confiança e segurança envolvendo a ludicidade no cuidar.

A assistência em enfermagem oncológica exige do profissional de saúde, seja qual for à situação de doença na criança ou suas implicações no cotidiano de seus familiares, um olhar abrangente e humanizado, que necessita estar atento as práticas e cuidados na oncologia pediátrica (AIRES, BANDEIRA, 2021). Ampliar essa atenção e englobar a família em todo processo de cuidado, são alternativas que terão consequências positivas neste contexto para todos os envolvidos.

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência aqui relatada, permitiu grande reflexão a respeito da dimensão do cuidado humanizado, olhar integral e assistência qualificada de uma equipe multidisciplinar preparada para agir em diversas situações, principalmente naquelas em que o paciente e os familiares se encontram fragilizados emocionalmente e sem expectativas de melhoras.

Logo, evidencia-se o compromisso de escutar qualificadamente e de compreender atentamente as necessidades dos pacientes, oferecendo-lhes suporte no momento de aflição ao enfrentar uma doença que ameaça a continuidade da vida de uma criança, proporcionando uma assistência integral que vise à melhoria da qualidade de vida da mesma, como também procurar apoiar a sua família no enfrentamento das situações difíceis durante todo o tratamento, e até mesmo o período do luto, quando houver.

Foi possível perceber a importância da atuação do profissional enfermeiro, este que está diretamente ligado ao cuidado e rotina da criança e de seus familiares, bem como a relevância de um perfil que tenha compromisso em sua prática profissional, embasamento teórico e prático e acima de tudo empatia e foco na promoção de qualidade de vida do paciente e seus familiares no enfrentamento desta doença.

## REFERÊNCIAS

- AIRES, J. P.; BANDEIRA, A. G. The performance of nursing professionals in the health-disease process of children with oncological diseases: when death is present. **Research, Society and Development**, 2021;10(1), e58110111850.
- BERNARDO, C. M. et al. A importância dos cuidados paliativos prestados pelo enfermeiro à criança com câncer em estágio terminal. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, 2014;6(3),1221-1230.
- BRASIL, ANCP. O que são cuidados paliativos. São Paulo: **Academia Nacional de Cuidados Paliativos** (ANCP), 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional do Câncer, 2017. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>. Acesso em 16.01.2021.
- COLÃO A. F.; VILELA, R. A. Radioterapia paliativa antihemorrágica. **Diretrizes Oncológicas**, 2018. Disponível em: [https://diretrizesoncológicas.com.br/wpcontent/uploads/2018/10/Diretrizes-oncol%3gicas2\\_part48.pdf](https://diretrizesoncológicas.com.br/wpcontent/uploads/2018/10/Diretrizes-oncol%3gicas2_part48.pdf). Acesso em 15.01.2021.

- FEUDTNER, C. Collaborative communication in pediatric palliative care: a Foundation for problem-solving and decision-making. **Pediatric Clin North Am**, 2007; 54:583-607.
- GUIMARÃES, T. M. et al. Cuidados Paliativos em oncologia pediátrica na percepção dos acadêmicos de enfermagem. **Escola Anna Nery**, 2016;20(2):261-267.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Tipos de câncer: Câncer infantojuvenil. 2021.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Tipos de câncer: Câncer de ovário. 2021.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Tipos de câncer: Câncer do sistema nervoso central. 2021.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Tipos de câncer: Osteossarcoma. 2021.
- MATTOS, D. W. F. G. Avaliação do cuidado de fim de vida dos pacientes pediátricos com tumores sólidos atendidos na Seção de Oncologia Pediátrica do Hospital do Câncer I do **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**, de Janeiro: INCA, 2016.
- MISKO, M. D. et al. The family's experience of the child and/or teenager in palliative care: fluctuating between hope and hopelessness in a world changed by losses. **RevLat Am Enfermagem**. 2015;23(3):560-7.
- PIRES, L. Conheça o papel da enfermagem nos cuidados paliativos, 2019. Disponível em: <https://blog.unis.edu.br/conheca-o-papel-da-enfermagem-nos-cuidados-paliativos> Acesso em 15.01.2021.
- RANALLO, L. Improving the quality of end-of-lifecare in pediatric oncology patients through the early implementation of palliative care. **J PediatricOncology**, 2017;34(6):374-80.
- SILVA, A. F. et al. Palliative care in pediatric oncology: perceptions, expertise and practices from the perspective of the multidisciplinary team. **Rev Gaúcha Enfermagem**, 2015;36(2):56-62.
- SILVA, S. G. T. et al. Influence of Therapeutic Play on the anxiety of hospitalized school-age children: clinical trial. **RevBras Enfermagem**, 2017;70(6):1314-9.
- SOUSA, J. M.; ALVES, E. D. Nursing competencies for palliative care in home care. **Acta Paul Enfermagem**. 2015;28(3):264-9.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Definition of Palliative Care for Children. WHO; 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/health-topics/palliative-care>> Acesso em 16.01.2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Palliative Care. Geneva: WHO; 2017. Disponível em: <<https://www.who.int/health-topics/palliative-care>> Acesso em 16.01.2021.

# A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO NO PRÉ-NATAL EM GESTANTES COM INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)

DOI: 10.51859/AMPLLA.AOC402.1122-3

Liane Bahú Machado <sup>1</sup>  
Marjana Pivoto Reginaldo <sup>2</sup>  
João Alberto Nascimento <sup>3</sup>  
Mylene Flores Chaves <sup>4</sup>  
Rafaella França Torres <sup>5</sup>  
Thaynan Silveira Cabral <sup>6</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

<sup>2</sup> Enfermeira. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI

<sup>3</sup> Médico. Prefeitura Municipal de São Vicente do Sul

<sup>4</sup> Enfermeira. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI

<sup>5</sup> Enfermeira. Prefeitura Municipal de Jari

<sup>6</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

## RESUMO

O pré-natal constitui um conjunto de oportunidade para que o sistema de saúde atue totalmente na promoção e, diversas vezes, na recuperação da saúde das mulheres. Dessa maneira, a atenção realizada deve ser qualificada, humanizada e hierarquizada conforme o risco gestacional. Dentro das patologias investigadas no pré-natal encontram-se as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), dentro delas o vírus da imunodeficiência humana (HIV) através de teste rápidos nas unidades de saúde ou de outros exames laboratoriais, quando apresentam resultados positivos, faz se necessário atendimento humanizado para gestante, provendo e tratando o binômio mãe e filho com informações claras acerca do processo da doença e do tratamento. No momento do pré-natal, para gestante com HIV deve-se prestar por meio de uma assistência humanizada, dando ênfase aos exames que devem ser realizados durante o período gestacional, ações disponíveis pelo SUS para a redução da transmissão vertical, tratamento e diagnóstico precoce, escolha e entendimento sobre a melhor via de parto, tal como a importância de uma assistência que envolve o cuidado integral, tanto físico como mental, trazendo o conhecimento sobre o perfil epidemiológico de cada gestante, contribuindo para a qualidade de vida do binômio mãe e filho.

**Palavras-chave:** Pré-Natal. Gestante. HIV.

# 1. INTRODUÇÃO

O pré-natal constitui um conjunto de oportunidade para que o sistema de saúde atue totalmente na promoção e, diversas vezes, na recuperação da saúde das mulheres. Dessa maneira, a atenção realizada deve ser qualificada, humanizada e hierarquizada conforme o risco gestacional. Para isso, é necessário a compreensão, por parte dos profissionais envolvidos no processo assistencial, da relevância de sua atuação e da necessidade de reunirem o conhecimento técnico singular ao compromisso com um resultado satisfatório e efetivo da atenção para o binômio materno-fetal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é uma doença crônica infecciosa, provocada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Na década de 80, ocorreram os primeiros casos de AIDS no Brasil, classificados como uma epidemia que se espalhou rapidamente, tornando-se um problema de saúde pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Nesse sentido, pode-se concordar que a disseminação do HIV tem crescido entre o público feminino e já é uma realidade à nível mundial. Esse quadro traz consigo outras dificuldades, as quais repercutem intensamente na saúde pública. Uma delas é o aumento do número de gestantes com o HIV (PAES et al., 2017). Uma vez que a maioria das mulheres que convive com o vírus encontra-se em plena vida reprodutiva, decorre também uma maior probabilidade de aumento do número de crianças infectadas a partir da transmissão vertical (TV) (TEIXEIRA et al., 2020).

Na gestação, a infecção pelo HIV é um agravo de notificação compulsória no Brasil desde 2006. A taxa de detecção de casos de infecção pelo HIV em gestantes no país representa uma tendência de crescimento nos últimos 10 anos, atingindo o valor de 2,7 por 1.000 nascidos vivos em 2015. Diferenças nas taxas de detecção são vistas nas inúmeras regiões. As regiões Norte e Nordeste apresentaram os maiores acréscimos desse índice no período de 2006 a 2015, enquanto a região Sul apresentou a maior taxa de detecção em todo o período, com valor 2,2 vezes maior que a do país em 2015 (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2016).

A epidemia de AIDS é uma patologia de grande relevância, que evolui em todas as regiões do planeta. Recentemente, dados epidemiológicos registram o crescimento dos casos em mulheres, indicando a probabilidade de aumento da transmissão vertical do HIV (MISUTA et al., 2008).

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada ocorre por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias e do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção,

prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido<sup>6</sup>. O governo brasileiro vem-se empenhando para reduzir as taxas de transmissão vertical do HIV no país (PREVIATI, VIEIR, BARBIERI, 2019).

A preocupação existente entre as gestantes com HIV é o risco de transmissão vertical para seu recém-nascido (RN). A maior parte das transmissões verticais acontece no decorrer do trabalho de parto com 65%, outras acontecem intraútero com 35%, principalmente nas últimas semanas de gestação e no período do aleitamento materno, indicando um risco adicional de transmissão de 7% a 22% (PASSOS et al., 2013).

A eficácia da prevenção da transmissão vertical depende da identificação adequada da totalidade das gestantes contaminadas e de que essa detecção seja feita o mais precoce possível (PASSOS et al., 2013; SOARES et al., 2013).

No Brasil, a desde 1989, os esquemas de testagem e aconselhamento passaram a ocupar espaço de ênfase nos programas de prevenção em unidades de saúde. O aconselhamento se incorporou nas estratégias apresentadas pelo programa nacional da AIDS, focado na lógica do pré e do pós-teste anti-HIV que, até aquele momento, possuía abordagem direcionada para o suporte emocional e a aceitação da doença. Entretanto, o contexto da testagem se caracteriza como uma ação em saúde, que auxilia, potencialmente, para a redução da transmissão do HIV e de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) uma vez que permite a reflexão do indivíduo, tornando-o, principalmente, sujeito no processo de prevenção e cuidado de si (FONSECA, IRIART, 2012).

O entendimento do status sorológico da infecção pelo HIV e a precocidade do diagnóstico tornaram viável a interrupção da cadeia de transmissão, além de possibilitar uma atenção apropriada e direcionada às gestantes infectadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. Atenção ao pré-natal em gestantes com HIV e as dificuldades encontradas

---

No Brasil, as estratégias de testagem e aconselhamento prevenção de ISTs e HIV passaram a ocupar lugar de destaque nos programas de prevenção e promoção em saúde com ênfase nos pré-natais realizados nos serviços públicos de saúde e maternidades. No entanto, o conhecimento do diagnóstico da infecção do HIV para a maioria das gestantes se dá no período

gestacional, contudo, as dificuldades de acesso de gestantes soropositivas ao PN são uma realidade presente e implicam em dificuldades na realização do diagnóstico precoce.

Dentre os principais entraves, encontram-se questões sociais, econômicas, culturais e demográficas que dificultam o acesso às consultas e atrapalham a realização do tratamento adequadamente, além do medo do preconceito e discriminação são fatores que podem impedir a gestante de procurar o serviço de saúde para a realização do teste anti-HIV ou aderir o tratamento quando positivo. Sendo assim, torna-se importante que sejam elaboradas estratégias para captar essas gestantes para o PN e também para que se sintam acolhidas neste serviço, promovendo assim, a redução da TV (LIMA et al., 2017).

Sabe-se que o pré-natal de qualidade contribui para queda nos indicadores de morbimortalidade materno-infantil por meio da promoção de saúde, identificação do risco gestacional e condução adequada da gestante. Para tanto, a disponibilização de testes rápidos para detecção do HIV e outras infecções mostra-se como importante instrumento ao diagnóstico precoce, de preferência no primeiro trimestre, porém sendo realizado no último trimestre de gestação ou ainda entrada da maternidade a fim de garantir tratamento de infecções em tempo oportuno e implementação de medidas de intervenção que impactem a redução da transmissão vertical (TEIXEIRA et al., 2020).

Pois a TV é o meio em que a mãe transmite a doença para o filho, podendo ocorrer durante a gestação, no parto ou através da amamentação, sendo a TV a via principal de disseminação da infecção entre a população infantil, e evitada com o tratamento precoce da mãe e com os cuidados necessário durante o parto (FILGUEIRAS et al., 2014).

O diagnóstico em tempo oportuno possibilita uma melhor análise do quadro clínico de cada gestante soropositiva, levando a um planejamento mais acertado da terapia antirretroviral (ARV) a ser utilizada, da via de parto mais adequada, à profilaxia ARV do RN e ao incentivo à não amamentação (BARBOSA et al., 2018).

Diante do diagnóstico positivo para HIV, seja por meio dos exames e/ou testes rápidos a gestante deve ser orientada quanto o tratamento e encaminhada para o serviço especializado e multiprofissional, mas mantendo acompanhamento vinculado pela equipe profissional da atenção básica que devem desenvolver ações de educação em saúde direcionadas para prevenção e tratamento doença, bem como a redução do risco de transmissão vertical, e orientações para o período no pós parto (FERREIRA et al., 2017).

Nesse sentido, ações eficazes para o controle da transmissão vertical devem ser pautadas na intensificação das estratégias de prevenção, ampliação do acesso ao diagnóstico, descentralização dos serviços de atenção às pessoas com HIV/aids e investimento na

qualificação profissional e estruturação dos serviços de saúde. Torna-se imprescindível a abordagem precoce da gestante a fim de realizar o diagnóstico do HIV em tempo oportuno quanto o tratamento de forma segura e eficaz, com vista à supressão da carga viral materna (TRINDADE et al., 2021).

## 2.2. Repercussões do pré-natal para o binômio mãe-filho

O HIV na gestação causa efeitos mentais e sociais, bem como afeta a qualidade de vida das mulheres e traz repercussões negativas para o binômio mãe-filho, principalmente quando o diagnóstico é realizado tardiamente, tornando a eliminação da transmissão vertical do HIV algo cada vez mais distante (DOMINGUES, SARACENI, LEAL, 2018).

Estudos demonstraram que sem o tratamento adequado o risco de transmissão do HIV durante o trabalho de parto é bastante expressivo, correspondendo a cerca de 65%, ao passo que tal risco no decorrer da gestação e amamentação é de 35% e 22%, respectivamente. Entretanto, a implementação de medidas profiláticas ao longo da gestação e parto reduz o risco de transmissão materno-infantil a índices menores que 2% (FILGUEIRAS et al., 2014).

Os principais fatores associados a essa via de transmissão refere-se sobretudo à alta carga viral materna, não utilização de antirretrovirais, ruptura da membrana amniótica superior a quatro horas, via do parto, prematuridade da criança e uso de drogas (DOMINGUES, SARACENI, LEAL, 2018).

Neste contexto, o profissional deve seguir os princípios da ética, acolhendo essa gestante, escutando suas queixas, reconhecendo como protagonista no processo de saúde e adoecimento, de modo a entender e aceitar os cuidados e orientações a fim de manter sua saúde e do bebê (SEHNEM et al., 2019).

A compreensão dos cuidados necessários, no período gestacional é imprescindível para o autocuidado e o cuidado do bebê. Portanto, se a gestante HIV positivo tiver acesso a informações de fontes seguras e claras, ela poderá adotar cuidados adequados (LEITE et al., 2020).

Mulheres jovens, com baixo padrão socioeconômico e com poucos anos de estudo apresentam-se como grupo vulnerável para a infecção perinatal, seja pelo desconhecimento dos fatores relacionados à infecção, seja pela possibilidade de gestações consecutivas sem acompanhamento pré-natal adequada.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A existência do teste rápido nas unidades de saúde favorece o diagnóstico precoce para as gestantes, agilizando o processo de encaminhamento e tratamento delas, quando o resultado é positivo. Da mesma forma, quando negativo o resultado do exame, o profissional de saúde deve atuar no aconselhamento correto incentivando o uso do preservativo e incentivar sempre que possível a procura pelos testes rápidos nos serviços de saúde.

Ainda, existem inúmeros indivíduos que não procuram o serviço de saúde por vergonha e insegurança. É de suma importância que o profissional de saúde em questão, durante todos os atendimentos, envolvendo os diferentes contextos, esteja e atue livre de todos e quaisquer tipos de julgamentos ou pré-conceitos com os usuários (as), principalmente quando falamos de pacientes diagnosticados (as) com HIV/AIDS, pois ainda é necessário vencer tabus e julgamentos existentes, por meio de um atendimento humanizado, acolhedor e qualificado, intensificando a segurança do sigilo por através de um vínculo de confiança e segurança entre profissional e usuário (a).

No momento do pré-natal, para gestante com HIV deve-se prestar por meio de uma assistência humanizada, dando ênfase aos exames que devem ser realizados durante o período gestacional, ações disponíveis pelo SUS para a redução da transmissão vertical, tratamento e diagnóstico precoce, escolha e entendimento sobre a melhor via de parto, tal como a importância de uma assistência que envolve o cuidado integral, tanto físico como mental, trazendo o conhecimento sobre o perfil epidemiológico de cada gestante, contribuindo para a qualidade de vida do binômio mãe e filho.

### REFERÊNCIAS

- BARBOSA, B. L. F. A. et al. Gestantes hiv positivas e os fatores de risco relacionados à transmissão vertical do HIV. **Revista de Enfermagem UFPE online**, 2018; 12(1): 171-178.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. BolEpidemiol HIV/Aids. Brasília (DF); 2016.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Bol epidemiológico AIDS e DST [Internet]. 2017; 5(3): 1- 84.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: 2022.
- DOMINGUES, R. M. S. M.; SARACENI, V.; LEAL, M. C. Reporting of HIV-infected pregnant women: estimates from a Brazilian study. **RevSaude Publica**, 2018; 52:43.
- FERREIRA, J. et al. O enfermeiro no pré-natal de alto risco: papel profissional. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 2017;41(3):652-653.
- FILGUEIRAS, P. L. et al. Caracterização das gestantes portadoras de HIV no estado da paraíba, 2008 -2012. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, 2014; 18(2): 115-124.
- FONSECA, P. L.; IRIART, J. A. B. STD/Aids counseling for pregnant women who underwent the anti-HIV test on admission for delivery: the meanings of practice. **Interface (Botucatu)**, 2012;16(41):395-407.
- LEITE, A. C. et al. Atribuições do enfermeiro no pré-natal de gestantes soropositivas ao HIV atendidas na Unidade Básica de Saúde. **Braz. J. ofDevelop**, 2020;6(10):78167-78197.
- LIMA, S. D. S. et al. HIV na gestação: pré-natal, parto e puerpério. **Ciência & Saúde**, 2017; 10(1), 56-61.
- MISUTA, N. M.; et al. HIV serology and pretest counseling among pregnant women in the northwest region of Paraná State, Brazil. **Rev. Bras. Saúde MaternInfant**, 2008; 8(2):197-205.
- PAES, A. L. V. et al. Perfil epidemiológico de gestantes com HIV acompanhadas em um serviço de assistência especializada em Belém-PA. **Revista Interdisciplinar**,2017; 10(3): 100-109.
- PASSOS, S. C. S.; et al. Aconselhamento sobre o teste rápido anti-HIV em parturientes. **RevBrasEpidemiol**, 2013;16(2):278-87.
- PREVIATI, S. M.; VIEIRA, D. M.; BARBIERI, M. A importância do aconselhamento no exame rápido de HIV em gestantes durante o pré-natal. **J. Health BiolSci**, 2019; 7(1): 75-81.
- SEHNEM, G. D. et al. Violência contra as mulheres: atuação da enfermeira na atenção primária à saúde. **REUFSM: Revista de Enfermagem da UFSM**, 2019; 9 (62):3-4.
- SOARES, M. L. et al. Predictors of unawareness of HIV serostatus among women submitted to the rapid HIV test at admittance for delivery. **CiencSaudeColet**, 2013;18(5):1313-20.
- TEIXEIRA, S. P. et al. Perfil epidemiológico de gestantes com HIV admitidas em uma maternidade de referência no Amapá. **Revista Eletrônica Acervo Saúde REAS**, 2020;12(2).
- TRINDADE, L. M. N. et al. Infecção por HIV em gestantes e os desafios para o cuidado pré-natal. **RevBrasEnferm**, 2021;74(4).

# IMPORTÂNCIA DA DISSEMINAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE OS DIREITOS DAS MULHERES NO MOMENTO DO PARTO PARA EVITAR EPISÓDIOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

DOI: 10.51859/AMPLLA.AOC402.1122-4

Liane Bahú Machado <sup>1</sup>  
Silvana Carloto Andres <sup>2</sup>  
Marjana Pivoto Reginaldo <sup>3</sup>  
Gloria CogoBassin <sup>4</sup>  
Carolina HeleonoraPilger <sup>5</sup>  
Rafaella França Torres <sup>6</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

<sup>3</sup> Enfermeira. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI

<sup>4</sup> Enfermeira. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

<sup>6</sup> Enfermeira. Prefeitura Municipal de Jari

## RESUMO

A violência obstétrica é uma expressão que engloba as diferentes maneiras de violência e malefícios gerados no cuidado obstétrico profissional. Considera-se violência obstétrica desde: a negligência na assistência prestada, discriminação social, violência verbal (abordagem grosseira, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação proposital) e violência física (incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente recomendada), até o abuso sexual. Este artigo se trata de uma revisão da literatura de caráter narrativo, foram selecionados estudos científicos publicados em português, no período de 2000 a 2021. A assistência desrespeitosa e inadequada ao nascimento vai além de ser uma má prática: simboliza uma maneira de violência de gênero e de desrespeito aos direitos humanos. Compreende-se a gestação e o parto como uma experiência única, importante e feliz na vida das mulheres e que muitas destas planejam e sonham com um momento prazeroso, respeitoso e natural no qual as mesmas expressem seus desejos e autonomia sobre seu corpo e sobre a experiência do parto e muitas vezes, toda essa idealização do momento do parto é interrompida por profissionais que

agem contrariando o que mostram as evidências científicas e violam os direitos das parturientes e seus familiares, tornando o momento traumático.

**Palavras-chave:** Violência Obstétrica. Saúde da mulher. Obstetrícia. Profissionais da Saúde.

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, de 2015, no Brasil, os partos hospitalares equivalem a 98,08% dos partos realizados na rede de saúde e, entre os anos de 2007 e 2011, sucedeu um aumento de 46,56% para 53,88% de partos cesáreas. Dados publicados pelo Ministério da Saúde (2015) apontam que a taxa de operação cesariana chega a 56% na população geral, sendo que esses números oscilam entre o atendimento nos sistemas público e privado de saúde, que mostram uma ocorrência de aproximadamente 40% e 85%, respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Esse contexto é considerado preocupante considerando que a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) (World Health Organization, 1996) é de um índice de cesáreas que altere entre 10 a 15%. Essa orientação está fundamentada em estudos que indicam que um índice maior que 15% não configura uma diminuição na mortalidade materna e tampouco efeitos positivos na saúde para o binômio mãe-bebê (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A violência obstétrica é uma expressão que engloba as diferentes maneiras de violência e malefícios gerados no cuidado obstétrico profissional. Ademais de compor um campo mal definido sujeito a polêmicas, valores e subjetividades distintas, a expressão caracteriza um composto de atitudes, práticas e eventos com forte respaldo em um arcabouço de estudos acadêmicos que identificam a objetividade, importância e especificidade à mesma (DINIZ, et al., 2015; VENTURI, GODINHO, 2013).

Considera-se violência obstétrica desde: a negligência na assistência prestada, discriminação social, violência verbal (abordagem grosseira, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação proposital) e violência física (incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente recomendada), até o abuso sexual. Incluindo o uso incorreto de tecnologias, intervenções e procedimentos desnecessários diante das evidências científicas, ocasionando em uma cascata de intervenções com possíveis riscos e sequelas, pode ser apontado como práticas violentas (D'OLIVEIRA, DINIZ, SCHRAIBER, 2002).

A violência obstétrica também se caracteriza pela a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelo profissional de saúde que se manifeste através de

práticas desumanizadoras, de abuso de medicalizações e de patologização dos processos naturais, ocasionando na perda de autonomia e potencial de decidir livremente a respeito de seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida e experiências das mulheres (TESSER et al., 2015).

O parto no Brasil teria adquirido um conceito patológico focado na dor como uma vivência traumática e na cirurgia cesariana como o “padrão ouro da assistência obstétrica brasileira” (FERREIRA, BARROS, 2012). A inadequação e a prática de procedimentos frequentes não indicados por órgãos internacionais como a OMS têm sido denunciadas com repetição nos últimos anos. As altas taxas de cirurgia cesariana, especialmente na rede suplementar e privada, que têm colocado o Brasil durante anos seguidos como líder no ranking mundial dessa técnica obstétrica, segue sendo causa de preocupação de órgãos públicos. Diversos desses números devem-se a cesáreas desnecessárias e sem recomendações médicas (DOMINGUES et al., 2014).

Logo, torna-se indispensável que cada vez mais seja abordado sobre este assunto nos diferentes cenários, atingindo toda a população com informações corretas embasadas cientificamente sobre os benefícios e malefícios de ambos partos, sobre as formas em que a violência obstétrica se apresenta e principalmente sobre os direitos das mulheres em relação seus corpos, suas decisões e ao parto, valorizando-as cada vez mais e incentivando a autonomia das mesmas para que a experiência do parto seja a mais prazerosa e feliz possível.

## 2. MÉTODO

Este artigo se trata de uma revisão da literatura de caráter narrativo, no qual foi desenvolvido com o objetivo de compilar informações a respeito da violência obstétrica sofrida pelas mulheres, salientando os inúmeros fatos incluídos nesse processo. A metodologia usada para a coleta de dados foi a procura e levantamento bibliográfico por meio de uma busca eletrônica em artigos indexados em diferentes bases de dados, como a LILACS, SciELO (Scientific Electronic Library Online), BDENF (Base de dados em Enfermagem) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A coleta de dados aconteceu em janeiro de 2022. Foram selecionados os seguintes temas: violência contra a mulher, violência obstétrica, violência no pré-parto e durante e pós o parto.

Os critérios de inclusão na seleção dos estudos foram: estudos científicos publicados em português; no período de 2000 a 2021, que se encontravam disponíveis na íntegra para leitura e disponíveis eletronicamente de forma gratuita. Já os critérios de exclusão utilizados foram:

estudos que a temática não contemplava a proposta pesquisada, e estudos publicados antes de 2000, com intuito de atingir o maior número possível de estudos.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O elevado índice de cesáreas no Brasil manifesta a importância da atual discussão sobre o tema, especialmente da realização de cirurgias cesáreas desnecessárias, sem indicações para tal. São consideradas desnecessárias aquelas cirurgias que acontecem quando não há nenhuma situação que coloque em risco a saúde da gestante ou do bebê e, por conseguinte, exigiriam intervenção por meio de procedimento. Sem a indicação adequada, a realização da operação pode levar ao aumento do risco de complicações graves para a díade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A cesariana quando é precisa, salva vidas. Porém, em gestações de baixo risco e sem complicações, a indicação da OMS é o parto vaginal, pois mesmo que realizada com frequência, a cirurgia de cesariana representa diversos riscos de mortalidade e morbidade para mãe e bebê, e em diversas situações, há a omissão dessas informações por parte dos profissionais de saúde (TESSER et al., 2015). Coloca-se o profissional como centro, ao invés da parturiente e seus familiares (SANFELICE et al., 2014).

As intervenções desnecessárias são feitas com o intuito de acelerar o trabalho de parto, em gestantes de risco habitual, como manobra de Kristeller, que resume-se a empregar força na parte superior do útero durante o período de expulsão, o uso de ocitocina, a amniotomia para romper as membranas que recobrem o feto e a episiotomia de rotina, realizada em mais de 70% nos partos vaginais, que consiste em realizar uma incisão entre a vagina e o ânus para alargar o canal de parto, mas atualmente sabe-se que é considerada uma prática danosa, se realizada de maneira rotineira (DINIZ et al., 2015; LEAL et al., 2014).

O conhecimento da violência obstétrica contemporânea, ultrapassa aspectos históricos da assistência ao parto, no qual o cuidado era prestado, predominantemente, por mulheres da comunidade, do cunho social e familiar, as quais eram detentoras de conhecimentos empíricos sustentado entre as gerações (CABRAL, PEREZ, 2019). Todavia, com o provindo das escolas de medicina e, evolução de técnicas e instrumentais cirúrgicos, acontece uma mudança no cenário de assistência ao parto, ocasionando dessa forma, em diversas situações, a perda de autonomia das mulheres e da família (OLIVEIRA et al., 2019). Dessa maneira, é indispensável que o avanço tecnológico seja utilizado em prol de uma assistência humanizada e respeitosa.

A assistência desrespeitosa e inadequada ao nascimento vai além de ser uma má prática: simboliza uma maneira de violência de gênero e de desrespeito aos direitos humanos (D'OLIVEIRA, DINIZ, SCHRAIBER, 2002). Dessa maneira, torna-se cada vez mais importante que esse tema seja abordado e questionado, pois em diversas situações, a gestante e seus familiares não possuem conhecimento sobre ou não sabem diferenciar a má prática de uma prática adequada e humanizada.

Domingues et al. (2014) indicam, através relatos de mulheres, que uma experiência positiva de nascimento dos filhos pode expressar mudança positiva na história de vida das mesmas. À luz do que uma agradável experiência de parto/nascimento pode proporcionar, também se podem presumir as possíveis consequências (algumas traumáticas) da violência em um momento de grande fragilidade e instabilidade emocional, como é o nascimento de um filho. Atentando para o aumento dos índices de casos de violência obstétrica em maternidades, é possível presumir o grande impacto à saúde feminina, física e emocional, que as práticas de assistência obstétrica brasileiras vêm criando.

Considerando a predominância de partos hospitalares e o crescente número de cesáreas registradas no Brasil, assim como o atual contexto de práticas e intervenções desnecessárias, constata-se a importância de avaliar a assistência à gestação e ao parto, entendendo todo o período, desde as consultas pré-natais até o pós-parto. Questões como o acesso à saúde, a qualidade da assistência e a participação da mulher no decurso de cuidado, tendo em conta as informações repassadas às gestantes e sua concordância (a respeito de situação de saúde, as condutas e procedimentos com seus benefícios e riscos e ao seu direito de escolha diante disto) e a preservação do direito de ter um acompanhante nesse processo devem ser foco de uma política de humanização do atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; PORTARIA N. 1.459/2011).

A violência obstétrica é um episódio que vem ocorrendo há algumas décadas na América Latina. Um aspecto sempre presente entre as gestantes é a falta de informações e o receio de perguntar sobre os procedimentos que serão realizados na evolução do trabalho de parto. Essa condição pode levá-las a se conformarem com a exploração de seus corpos por diversas pessoas, aceitando diferentes situações incômodas sem reclamar (GARCÍA, DIAZ, ACOSTA, 2013). Logo, novamente comprova-se a importância desse tema ser debatido e disseminado cada vez mais, para que as informações corretas a respeito dos direitos das mulheres durante esse processo alcancem o maior público possível.

É rotineiro acontecer nas maternidades públicas a espera pelo atendimento e a escassez de informações e de orientações adequadas, pois a legitimidade do poder médico explica a

realização de condutas e intervenções sem a necessidade de explicar o que está acontecendo e o motivo de tais procedimentos, com a centralização do fazer técnico e pouca valorização do fazer interpessoal e da interação e comunicação entre gestante e profissional (TEIXEIRA, PEREIRA, 2006).

A violência física e a violação do direito à informação e autonomia pode ser comprovada diante da realização de intervenções e práticas consideradas danosas cientificamente, sem consentimento da parturiente ou autorizadas mediante informações distorcidas e fragmentadas, como por exemplo, mentir para a gestante sobre sua dilatação, vitalidade fetal, e causas consideradas injustificáveis para indicação de cesariana por interesses pessoais, como circular de cordão cervical, bacia materna estreita, macrosomia fetal, entre outros (MARTINS, BARROS, 2016).

A utilização de terminologias que dificultem ou confundam a compreensão da paciente e seu acompanhante a respeito de suas condições de saúde, a negligência a dor e a assistência, o abandono, a proibição de se expressar durante o trabalho de parto e atitudes discriminatórias apoiadas em raça, classe e gênero infringem o direito a dignidade e ao respeito, direito a igualdade e a não discriminação. Esse tipo de violência é ainda maior em classes socioeconômicas desfavorecidas (MARTINS, BARROS, 2016; BARBOSA, FABBRO, MACHADO, 2017).

Pode-se dizer que a violência verbal é ainda mais cruel, e provoca na parturiente o sentimento de inferioridade, insegurança, humilhação, perda de integridade e dignidade, ferindo o momento do parto e marcando-o negativamente (NASCIMENTO, 2017).

A não informação, a informação negada e a informação fragmentada são questões diversas do mesmo fenômeno. É habitual, o fato de que as mulheres se sentem angustiadas e receosas em virtude da ausência de explicações por parte dos profissionais de saúde, atitude menos comum nos serviços particulares, na qual se observou uma comunicação mais implicada e eficiente (PEREIRA, 2004). Todavia, independentemente do tipo de serviço, é indispensável a valorização da mulher, de sua autonomia e de suas vontades. Considerando que esse momento já acarreta inúmeras preocupações e inseguranças para que tudo ocorra bem, a relação entre profissional/gestante é um fato importante para minimizar esses sentimentos, tornar o ambiente acolhedor e priorizar a comunicação e troca de informações adequadas entre ambos.

Dessa forma, faz-se necessário o fortalecimento do entendimento de saúde como produção de subjetividade com o intuito de resistir a toda e qualquer forma de violência e focar os esforços no sentido do respeito à vida humana. Como alternativa para mudar esse cenário, é indispensável que haja a elaboração de políticas públicas que garantam a redução das

desigualdades sociais, a valorização dos trabalhadores da saúde, a utilização das boas práticas no parto e no nascimento, fundamentadas em evidências científicas, e o fornecimento de serviços e equipamentos de saúde que estejam articulados em rede e alcancem os sujeitos de maneira integral (GOMES, 2014).

Conforme a OMS (2014), gestantes do mundo todo passam por abusos, desrespeito, negligência e maus-tratos no decorrer do parto nas instituições de saúde. Essas práticas podem ter consequências negativas para a mãe e para o bebê, especialmente por que trata-se de um momento de grande vulnerabilidade para a mulher, permeado por inúmeros sentimentos. A Organização indica a necessidade e a relevância de realizar pesquisas com objetivo de definir, medir e compreender melhor as práticas desrespeitosas e abusivas durante o parto, assim como planejar formas de prevenção e anulação dessas condutas.

Por conseguinte, tem sido empreendidos diversos tipos de esforços institucionais pelo Ministério da Saúde no sentido de qualificar a assistência obstétrica e neonatal em todo o país, assim como na melhoria das circunstâncias de vida das mulheres, por meio da incorporação da perspectiva de gênero nas análises epidemiológicas e no planejamento das ações em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

As consequências da violência obstétrica sobre a utilização de serviços de saúde é uma preocupação, na medida em que a qualidade da assistência tem grande influência na experiência de parir das mulheres, a experiência de nascer das crianças e a cultura da sociedade em relação ao nascimento, e pode comprometer a credibilidade dos serviços de atenção ao parto (BOHREN et al., 2014).

## 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão narrativa de literatura proporcionou grande reflexão a respeito do cenário de atendimento as gestantes/parturientes em nosso país e também no mundo todo. Entende-se a gestação e o parto como um momento único e especial na vida das mulheres, encarados pelas mesmas de diferentes maneiras e que engloba inúmeros tipos de sentimentos, independente da gestação planejada ou não.

Compreende-se a gestação e o parto como uma experiência única, importante e feliz na vida das mulheres e que muitas destas planejam e sonham com um momento prazeroso, respeitoso e natural no qual as mesmas expressem seus desejos e autonomia sobre seu corpo e sobre a experiência do parto e muitas vezes, toda essa idealização do momento do parto é

interrompida por profissionais que agem contrariando o que mostram as evidências científicas e violam os direitos das parturientes e seus familiares, tornando o momento traumático.

Acredita-se, que é indispensável o comprometimento, engajamento e preocupação daqueles profissionais que não concordam com nenhum tipo de violência obstétrica em mudar rapidamente este cenário, pois é inadmissível que as mulheres sigam vivenciando esse tipo de violência e violação de seus direitos enquanto ser humano.

A relação entre profissionais de saúde e gestantes/parturientes é um processo importante de interação humana, no qual engloba a dimensão de ética, respeito e técnica recuperando, valorizando o protagonismo da mulher e dando-lhes o papel de principal autora do parto. Sabe-se que a fase de gestação e parto é permeada por diversos sentimentos como receio, medo, angústia e incertezas e quando o profissional de saúde acolhe e estabelece uma relação comunicativa e vínculo de confiança e segurança é possível percorrer uma tomada de decisão compartilhada.

Em suma, torna-se cada vez mais importante falarmos sobre o tema aqui trazido, bem como o engajamento do enfermeiro na transformação da associação de “criança gordinha” com ser saudável ou possuir melhor aparência e ouvir, orientar e influenciar hábitos saudáveis e qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- BARBOSA, L.C.; FABBRO, M.R.C.; MACHADO, G.P.R. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. **Av.enferm**, 2017(35)2:190-207.
- BOHREN, M. et al. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: A systematic review of qualitative evidence. **Reprod Health**, 2014.
- CABRAL, S.M.S.C.; PEREZ, D.K. Violência obstétrica: Produção científica de psicólogos sobre o tema. **ECOS**, 2019(9)2.
- D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; DINIZ, S.G.; SCHRAIBER, L.B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **Lancet**. 2002; 359(9318):1681-5.
- DINIZ, S.G. et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **RevBras Crescimento Desenvolv Hum**. 2015;25(3):377-84.
- DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, 2014;(30):101-116.

- FERREIRA, A. R. J. BARROS, N. F. A humanização do parto no cenário de disputas da obstetrícia. Resenhas e Críticas bibliográficas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, 2012;22(4):1591-1593.
- GARCÍA, D. DÍAZ, Z. ACOSTA, M. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. **Revista Cubana de Salud Pública**, 2013;39(4):718-732.
- GOMES, A. M. Da Violência institucional à rede materna e infantil: Desafios e possibilidades para efetivação dos direitos humanos e redução da mortalidade. In **Cadernos Humaniza SUS: Volume 4** - Humanização do parto e nascimento (pp. 133-154). Brasília, DF: UECE/Ministério da Saúde, 2014.
- LEAL, M.C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, 2014(30).
- MARTINS, A.C. BARROS, G.M. Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units. **Rev Dor**, 2016(3).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos HumanizaSUS - Volume 4: Humanização do parto e do nascimento. Brasília, DF: UECE/ Ministério da Saúde, 2014.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) – Brasília, DF, 2015.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2008.
- NASCIMENTO, L.C. et al. Relato de puérperas acerca da violência obstétrica nos serviços Públicos. **Rev. De Enf UFPE**, 2017;(11)5:2014-2023.
- OLIVEIRA, M.S.S. et al. Vivências de violência obstétrica experimentadas por parturientes. **ABCS Health Sci**, 2019(44) 2:114-119.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – (OMS). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde, 2014.
- PEREIRA, W.R. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. **Texto e contexto enferm**, 2004(13)3:391-400.
- PORTARIA n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- SANFELICE, C.F.O. et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Rev Rene**, 2014(15)2: 362-370.
- TEIXEIRA, N. PEREIRA, W. Parto hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. **Rev. bras. Enferm**, 2006(59) 6:740-744.

TESSER, C.D.N. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, 2015(10)35:1-12.

VENTURI, G.; GODINHO, T. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: **Fundação Perseu Abramo e Editora SESC SP**, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **WHO**. (1996). Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group.

# CONSIDERAÇÕES SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA MULHER

DOI: 10.51859/AMPLLA.AOC402.1122-5

Liane Bahú Machado <sup>1</sup>  
Silvana Carloto Andres <sup>2</sup>  
Marjana Pivoto Reginaldo <sup>3</sup>  
Fernanda dos Santos Trombini <sup>4</sup>  
Thaynan Silveira Cabral <sup>5</sup>  
Raquel Einloft Kleinubing <sup>6</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

<sup>3</sup> Enfermeira. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

<sup>6</sup> Enfermeira. Doutora em enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria

## RESUMO

A violência contra a mulher não é um acontecimento recente, desde os primórdios da humanidade as mulheres vêm sendo vítimas de diversas agressões, inúmeras vezes ocasionando inclusive, o óbito. Em contrapartida, o que é novo, é a responsabilidade de superar e vencer essa violência, como necessidade para a construção da humanidade, visto que o Feminicídio se apresenta como a máxima expressão da violência contra a mulher. Considera-se que para mudar esse ciclo depende de muitas ações e políticas intersetoriais da mobilização da sociedade, por exemplo, como o ato de denunciar a violência contra a mulher. A violência de gênero está enraizada culturalmente na sociedade refletindo numa desigualdade entre o homem e a mulher, que não se refere à condição somente biológica de sexo e sim a papéis sociais e culturais, subjugando o gênero feminino como “inferior” e passivo de violência. Acredita-se que um dos maiores empecilhos para que as mulheres tomem iniciativa e denunciem os diversos tipos de agressões sofridas é o medo e a insegurança.

**Palavras-chave:** Violência. Mulher. Feminicídio.

## 1. INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher não é um acontecimento recente, desde os primórdios da humanidade as mulheres vêm sendo vítimas de diversas agressões, inúmeras vezes ocasionando inclusive, o óbito. Em contrapartida, o que é novo, é a responsabilidade de superar e vencer essa violência, como necessidade para a construção da humanidade, visto que o

Feminicídio se apresenta como a máxima expressão da violência contra a mulher (FONSECA et al., 2018).

O termo femicídio (femicide) é atribuído a Diana Russel, que a teria usado pela primeira vez em 1976, durante depoimento perante o Tribunal Internacional de Crimes Contra Mulheres, em Bruxelas (PASINATO, 2011). O termo designa os assassinatos de mulheres que teriam sido provocados pelo episódio de serem mulheres, ou seja, mortes resultantes de uma discriminação baseada no gênero. No Brasil, a proposta de criminalização do feminicídio acompanha a tendência observada na América Latina, a partir dos anos 1990, de adotar a violência contra a mulher como um crime específico (CAMPOS, 2015).

Contemporaneamente, a preocupação com a ocorrência de mortes de mulheres vítimas da violência de gênero tem-se expandido, aprimorando a sua especialização por via da legislação, que se compõe na criminalização da violência contra as mulheres, não somente pelas normas ou leis, mas, inclusive, através da consolidação de aparelhos mobilizadores que protejam as vítimas e punam seus agressores (FONSECA et al., 2018).

Estima-se que um terço das mulheres, mundialmente, vivenciará violência física e/ou sexual em algum período da vida. A violência cometida pelo parceiro é a forma mais comum. A Organização Mundial da Saúde (OMS) relata que a violência contra a mulher vem aumentando desde o início da pandemia de COVID-19 (MELO et al., 2020).

O Brasil é um dos países com maior índice de homicídios de mulheres, e a quinta maior taxa de feminicídios do mundo, conforme dados da OMS (JUNG, CAMPOS, 2019). A violência contra a mulher acomete de forma mais ou menos intensa, quase a totalidade das mulheres ao longo de suas vidas, resultando em adoecimentos mentais, físicos e psicológicos levando até a morte precoce.

A violência contra a mulher abrange a familiar e doméstica e envolve uma complexidade de fatores individuais, relacionais, sociais e culturais (MELO et al., 2020). São diversos os fatores que explicam a continuação da mulher vítima na relação violenta: dependência afetiva, financeira, fragilidade decorrente da falta de autoestima, preconceito, chantagens e ameaças sofridas pelas mulheres no caso de colocarem um fim ao relacionamento, sejam contra os filhos ou família ou contra a própria vítima (JUNG, CAMPOS, 2019).

Considera-se que para mudar esse ciclo depende de muitas ações e políticas intersetoriais da mobilização da sociedade, por exemplo, como o ato de denunciar a violência contra a mulher. Sendo assim, precisa diversificar os canais de denúncia e sua divulgação tanto por meio de estratégias de comunicação como em locais públicos e de grande circulação, para que mulheres possam acessá-los mais facilmente; implementar protocolos de verificação de

denúncias por vizinhos e ou familiares, para que mulheres não sejam colocadas em maior risco; criar campanhas que encorajem a sociedade a denunciar casos de violência; garantir respostas rápidas das autoridades para a proteção da mulher, como a retirada do lar do autor de agressão ou a busca de locais de abrigo seguro durante período de distanciamento social.

Profissionais que atuam nas políticas públicas devem promover o cuidado psicossocial e oferecer algumas orientações, como: recomendar que a mulher converse com alguém de sua confiança sobre as ameaças e/ou agressões que tenha sofrido; e verificar se há locais seguros, perto da sua casa, onde possa ficar até conseguir ajuda; no caso de ter crianças em casa, definir um código (por exemplo: uma palavra) informando-as que deverão buscar socorro e/ou sair de casa (MELO et al., 2020).

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. Violência de gênero no Brasil: conceito, história e legislação

A violência contra a mulher é considerada qualquer ato/ação ou comportamento que seja fundamentado no gênero que cause agravo físico, sexual e psicológico. É mencionado no código penal como um crime, praticado tanto em espaços públicos como privados, que podem ser realizados por companheiros/maridos, vizinhos ou familiares (BRASIL, 2012).

A violência contra a mulher começou a ser enfrentada como problema de saúde pública, pois impactam em custos culturais, socioeconômicos e prejuízos na saúde individual e coletiva da família (FONSECA et al., 2012). Diante disso, algumas legislações foram implementadas no Brasil.

No Brasil, as políticas para as mulheres tiveram antecedentes durante as décadas de 80 e 90. Na década de 80 destacam-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e a criação das primeiras Delegacias de Defesa da Mulher. Durante a década de 90, há a primeira referência à educação para a equidade de gênero nos Parâmetros Curriculares Nacionais do Ministério da Educação (1998), que ressaltaram a importância de discussões sobre relações de gênero nas escolas, de forma transversal às diferentes disciplinas, como forma de produzir mudanças de forma coletiva e individual (PASINATO, LEMOS, 2017).

Nesse panorama, cabe mencionar que, no Brasil, uma das medidas tomadas pelo Governo Federal, através do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, para o acolhimento das mulheres vítimas de violência, é a disponibilização do aplicativo Direitos Humanos BR, no qual as vítimas podem enviar relatos das condições opressivas em que se

encontram (LOBO, 2020). Porém se sabe que pelo fato econômico e cultural nem todas as mulheres possuem acesso à tecnologia como celular e internet.

Segundo a OMS, a violência contra a mulher é um fenômeno complexo e multicausal, que demanda para seu enfrentamento um conjunto de políticas públicas articuladas. A morte de mulheres em razão da discriminação de gênero é uma grave violação de direitos fundamentais, que exige a construção de políticas públicas de prevenção apropriadas a diminuir esses números hediondos. Este dever de proteção mediante políticas públicas está previsto no art. 226, § 8º, da Constituição Federal, bem como em tratados internacionais ratificados pelo Brasil, como a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, aprovada em Belém do Pará em 1994 (Decreto n. 1.973/1996) e a Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, aprovada pela ONU em 1979 (Decreto n. 4.377/2002), além das diretrizes previstas no art. 8º da Lei Maria da Penha (Lei n. 11.340/2006) (AVILA et al., 2020).

Maria da Penha a criadora da lei, conseguiu que a Lei fosse sancionada, para que mulheres vítimas de violência tenham amparo e sejam protegidas através da Justiça Brasileira. A Lei trouxe um aumento nos processos de acesso à Justiça, deu transparência ao fato da violência doméstica.

A Lei ressalta Art. 1º- Esta Lei cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar (BRASIL, 2012).

A violência de gênero está enraizada culturalmente na sociedade refletindo numa desigualdade entre o homem e a mulher, que não se refere à condição somente biológica de sexo e sim a papéis sociais e culturais, subjugando o gênero feminino como “inferior” e passivo de violência (VISENTIN et al., 2015). Sabe-se que a violência de gênero acontece por anos na nossa sociedade, e por vezes normaliza por alguns, como a frase: “ela merecia”, sabe-se que para terminarmos com a cultura é necessário implantar políticas públicas fortemente nas escolas e serviços de saúde e ação social, para que esses profissionais possam atender essas vítimas preparados e despidos de preconceito.

## 2.2. Femicídio e suas diversas faces

A palavra violência, segundo o dicionário (FERREIRA, 1999), significa qualidade de ser violento; ato de violentar; constrangimento físico ou moral; uso da força; coação. A violência contra mulher pode ser entendida a partir de uma multiplicidade de diferentes fatores geradores, como emocionais, biológicos, cognitivos, sociais, comportamentais e familiares. Em relação a este último, tem-se a questão da transgeracionalidade. Esta compreende um conjugado de legados que, em consonância com os contextos social, econômico e cultural, colaboram para a formação da identidade dos sujeitos (RAZERA, CENCI, FALCKE, 2014).

Assim sendo, a partir da construção sociocultural, tem-se o patriarcado como um sistema de hierarquização dos papéis de gênero, em que há a relação de poder e dominação do homem sobre a mulher (MONTEIRO, 2012). Assim, a figura feminina é socializada “ensina” para ser passiva, submissa e resignada ao homem (BRASIL, 2001).

No entanto, a experiência da violência deixa a mulher exposta a um risco mais elevado de sofrer problemas mais graves, como depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, aumentando a tendência ao suicídio e consumo abusivo de álcool e drogas. Ainda não é suficiente para falar sobre a causa e efeito da violência doméstica no surgimento de transtornos mentais em mulheres, mas sim do episódio de tal situação em mulheres que enfrentam desse tipo de transtorno. Dessa forma, a violência tem sido reconhecida como um fator de risco que traz diferentes prejuízos à saúde da mulher, tanto física como mental (SILVA et al., 2020).

Por isso, implantar sistemas para reduzir a violência contra a mulher exige compromisso intersetorial por parte dos governantes e sociedade, para que se constitua uma cultura de paz e atendimento humanizado em todas as faixas etárias, com destaque para crianças e idosas, que apresentam maior sofrimento pela vulnerabilidade (LEITE et al., 2014).

Não é novidade que a quantidade de homicídios no Brasil, vêm crescendo como consequência da violência familiar e/ou doméstica contra mulheres. A circunstância é que parece ser algo comum, habitual e enraizado tanto na cultura popular quanto na jurídica de que as mulheres precisam ser violentadas, basicamente por não se encaixarem nos padrões patriarcais, estabelecidos com o passar dos séculos (ANGELIN, MARTINS, 2019).

Ainda que haja diferenças, entre os assassinatos, o intuito em geral é o mesmo, se trata de tirar a vida de uma mulher inocente por motivação fútil. E, na multiplicidade das ocorrências, a mulher ainda é considerada como a errada da história, o machismo vem implantado de maneira tão forte que esses agressores consumam esse tipo de crime como forma de lavar sua honra ou ainda cometem a agressão física como maneira de punir e “colocar

a mulher em seu devido lugar”. O caso é que isso parece ser natural na sociedade, mas é urgente e indispensável refletir que são vidas ceifadas, são seres humanos que merecem e precisam ser respeitadas e iguais como qualquer outro indivíduo (COSTA, GONÇALVES, 2021).

Assim, para que seja possível o enfrentamento da violência contra as mulheres, se faz indispensável à disseminação de informações a respeito das raízes culturais e dos mecanismos sociais que propiciam a reprodução de normas e comportamentos que teceram a ideologia de disparidade de gênero, na qual a mulher se encontra subvalorizada, submissa e subordinada ao homem ou a sociedade que ela está inserida (SILVA et al., 2020).

Há que se considerar que, em alguns casos, as mulheres não têm condições reais de se livrarem dessa situação de violência por falta de acesso aos meios e recursos necessários para se desvencilharem de sua dependência com o agressor. Tais mulheres demandam assistência psicológica, amparo social, orientação jurídica, moradia, creche, escola, necessidade de trabalho para a aquisição de autonomia financeira e tratamento de saúde (LEITE et al., 2014).

Em face da busca pela justiça de gênero, a criminalização do feminicídio, salvo um caráter representativo das normas jurídicas, é relevante como uma das maneiras para assegurar a concretização da igualdade entre os indivíduos e da dignidade humana. Assim, a especialização da legislação reflete na luta pela erradicação da violência e na inserção do feminicídio como uma política de Estado, pois a morte de mulheres, como consequência da discriminação e violência de gênero, afronta a consolidação dos direitos humanos (FONSECA et al., 2018).

Logo, é indispensável que haja por parte de toda sociedade a reflexão de que é necessário continuar lutando pelos direitos das mulheres, dia após dia, não somente o direito das mulheres, mas sim, da humanidade como um todo, pois todos os indivíduos são seres merecedores de respeito, igualdade, proteção e educação. É preciso pensar no próximo e praticar o bem sem almejar nada em troca, visto que quem ama não mata (MARCIANO et al., 2019).

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que um dos maiores empecilhos para que as mulheres tomem iniciativa e denunciem os diversos tipos de agressões sofridas é o medo e a insegurança. Medo de expor a realidade na qual se encontram e as consequências disto serem ainda piores do que já é de rotina na vida das mesmas aliado com a insegurança de procurarem por ajuda mas permanecerem desamparadas.

Os índices de feminicídios vem aumentando em nosso país, esta é uma realidade existente há muitos anos, porém atualmente esse assunto vem sendo exposto e debatido com uma frequência gradativa e importante, visto que esta é a realidade de inúmeras mulheres no Brasil e no mundo que precisa ser exposta e mudada.

Faz-se aqui, uma menção a dois dos principais serviços, para que estejam preparados para acolher e agir diante dessas situações: os serviços de saúde e os de advocacia, pois são dois cenários importantíssimos para o acolhimento, tratamento e resolução das diversas situações de feminicídios em que as mulheres se encontram. Destaca-se a relevância de uma atuação baseada em ciência, profissionalismo, atendimento humanizado e acolhedor, livre de julgamentos, aonde a criação de um vínculo de confiança seja proporcionada no intuito de restaurar, reabilitar e promover saúde e qualidade de vida para as mulheres.

Espera-se que essa temática seja cada vez mais levantada e debatida, com intuito de promover discussão, reflexão e ação sobre esse panorama existente, o qual precisa-se urgentemente modificado para que cada vez mais, menos mulheres encontre-se nesta situação.

## REFERÊNCIAS

- ANGELIN, R.; MARTINS, P. A. M. Se te agarro com outro te mato: Reflexões sociojurídicas sobre o feminicídio no Brasil. *Coisas do gênero. Revista de estudos feministas em gênero e religião*, 2019;(5)2.
- ÁVILA, T. P. et al. Políticas públicas de prevenção ao feminicídio e interseccionalidades. *Rev Brasileira de Políticas Públicas*, 2020;10(2):383-415.
- BRASIL, Ministério da Saúde, & Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. 2001.
- BRASIL. Secretária de Políticas para as Mulheres. **Lei Maria da Penha Nº 11.340**, de 7 de Agosto de 2006. Cria mecanismo para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília. Edição 2012; 40p.
- CAMPOS, C. H. Feminicídio no Brasil: uma análise crítico-feminista. *Sistema Penal & Violência, Revista Eletrônica da Faculdade de Direito da PUCRS*, 2015;(7):103-115.
- CAMPOS, V. F. C. H. ÓRFÃOS DO FEMINICÍDIO: VÍTIMAS INDIRETAS DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. *Revista de Criminologias e Políticas Criminais*, 2019;5(1):79-96.
- COSTA, L. F.; GONÇALVES, J. R. FEMINICÍDIO: SOB A BANALIZAÇÃO DAS MORTES VIOLENTAS POR RAZÕES DE GÊNERO E SEUS DESAFIOS DIÁRIOS<sup>1</sup>. **REV PROCESSUS DE ESTUDOS DE GESTÃO, JURÍDICOS E FINANCEIROS**, 2021;(22)42.
- FERREIRA, A. B. H. *Novo Aurélio século XXI: o dicionário de língua portuguesa* (3ª ed., rev. e ampl.). Rio de Janeiro: **Nova Fronteira**, 1999(1).

- FONSECA, M. F. S. et al. O FEMINICÍDIO COMO UMA MANIFESTAÇÃO DAS RELAÇÕES DE PODER ENTRE OS GÊNEROS. **JURIS**, 2018;28(1):49-65.
- LEITE, M. T. S et al. Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2014;22(1):85-92.
- LOBO, J. C. Uma outra pandemia no Brasil: as vítimas da violência doméstica no isolamento social e a “incomunicabilidade da dor”. **Tessituras**, 2020;(8)1.
- MARCIANO, A. et al. Femicídio: uma análise aplicada sob a lei maria da penha. **Rev Processus de Estudos de Gestão, Jurídicos e Financeiros**.2019;(10)39.
- MELO, B. D. et al. (org). Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: violência doméstica e familiar na COVID-19. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. **Cartilha. 22**.
- MONTEIRO, F. S. O papel do psicólogo no atendimento às vítimas e autores de violência doméstica (**Centro Universitário de Brasília**). 2012.
- PASINATO, W. “Femicídios” e as mortes de mulheres no Brasil. **Cadernos Pagu**, 2011;(37):219-246.
- PASINATO, W.; LEMOS, A. K. Lei Maria da Penha e prevenção da violência doméstica e familiar contra a mulher. In: VIZA, Ben-Hur; SARTORI, Myrian Caldeira; ZANELLO, Valeska (orgs.). Maria da Penha vai à escola: educar para prevenir e coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: **TJDFT**, 2017:11-23.
- SILVA, A. F. C. et al. Domestic violence against women: sociocultural context and mental health of the victim. **Research, Society and Development**, 2020;(9)3.
- VISENTIN, F. et al. A enfermagem na atenção ao cuidar de mulheres em situação de violência de gênero. **InvestEducEnferm**, 2015;33 (3):556-564.

# ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

DOI: 10.51859/AMPLLA.AOC402.1122-6

Silvana Carloto Andres<sup>1</sup>

Liane Bahú Machado<sup>2</sup>

Marjana Pivoto Reginaldo<sup>3</sup>

Fernanda dos Santos Trombini<sup>4</sup>

Gloria Cogo Bassin<sup>5</sup>

Mylena Flores Chaves<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

<sup>3</sup> Enfermeira. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

<sup>5</sup> Enfermeira. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI

<sup>6</sup> Enfermeira. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI

## RESUMO

Os benefícios da prática e do acompanhamento do pré-natal têm vasta discussão científica, pois colabora com a redução da mortalidade materna e infantil sendo essencial esse cuidado. É comprovado o fato de que a qualidade da assistência pré-natal “tem impacto diretamente nos indicadores de saúde, auxiliando significativamente para a redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal”. Compreender e valorizar as gestantes e suas famílias, é imprescindível quando se almeja que a experiência das mesmas neste período, seja a mais positiva possível, dessa forma, os profissionais da saúde da APS tem um papel, fundamental em sua atuação. É necessário que haja engajamento e dedicação profissional para que esse momento seja leve, feliz e livre de riscos e danos ao binômio.

**Palavras-chave:** Equipe Multiprofissional. Assistência pré-natal.

## 1. INTRODUÇÃO

Os cuidados pré-natais incluem a prevenção da doença, a promoção da saúde e o tratamento de problemas que possam ocorrer no período gestacional e após o parto. O acesso aos cuidados pré-natais no primeiro trimestre da gestação constitui um indicador de avaliação da qualidade da atenção primária à saúde (APS) no Brasil. O início oportuno dos cuidados pré-natais é fundamental para o diagnóstico e intervenção sobre condições que tornam vulneráveis

a saúde da gestante e a do neonato, bem como redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Os benefícios da prática e do acompanhamento do pré-natal têm vasta discussão científica, pois colabora com a redução da mortalidade materna e infantil sendo essencial esse cuidado. A privação dessa assistência pode causar partos prematuros, retardo do crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e/ou óbitos maternos e infantis e afecções no período peri e pós-natal (FORTALEZA, 2016).

Para as gestantes, uma vivência positiva no decorrer do pré-natal é reflexo da relação profissional-usuária que se constitui durante a assistência e permeada no diálogo, e as informações e orientações a respeito dos cuidados em saúde são entendidas como um diferencial que auxilia para a obtenção da qualidade (GAÍVA, PALMEIRA, MUFATO, 2017).

Logo, o atendimento ao pré-natal não deve se limitar somente à realização de consultas e solicitação de exames de rotina, pois é necessário considerar também o acolhimento com escuta qualificada e o reconhecimento das necessidades das gestantes, objetivando a formação de vínculos (MAYOR et al., 2018).

Neste panorama, a equipe multiprofissional possui fundamento teórico-científico e respaldo legal para proporcionar assistência ao pré-natal de risco habitual ou alto risco. Para tanto, existem protocolos e manuais nacionais de atenção ao pré-natal que são utilizados para orientar e apoiar as práticas da atenção de qualidade, oferecendo aos profissionais de saúde a normatização de procedimentos e condutas a serem realizadas no cuidado clínico da gestante nas unidades de saúde (BRASIL, 2013).

Os programas em saúde são diversos e apresentam grandes multiplicidades entre si, porém todos têm o mesmo objetivo, que é a capacitação de profissionais para atendimento humanizado e científico no SUS. A criação de uma equipe multidisciplinar nas unidades de saúde tende a romper o modelo de saúde assistencialista e biologicista, visando o atendimento de forma integral, respeitando as diretrizes e princípios propostos pelo SUS (BRASIL, 2006).

Durante a vida, a mulher passa por ciclos, os quais necessitam de cuidados diferenciados da equipe de saúde. Um dos períodos que exige maior atenção é o ciclo gravídico-puerperal, no qual a mulher apresenta alterações biológicas, fisiológicas e sociais. Sendo assim, desde o início do século XX foram implementadas políticas públicas nacionais de saúde voltadas ao acompanhamento materno-infantil, por se tratarem de grupos vulneráveis (COSTA, 2010).

É comprovado o fato de que a qualidade da assistência pré-natal “tem impacto diretamente nos indicadores de saúde, auxiliando significativamente para a redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal” (MAYOR et al., 2018).

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. Atuação Multiprofissional no atendimento ao Pré-Natal e Puerpério

---

É indispensável que o acompanhamento ao pré-natal tenha início o mais cedo possível, que sejam realizados os exames indicados, detectadas e tratadas precocemente as alterações, prevenindo qualquer risco ao binômio. É importante que a gestante receba apoio em relação as modificações ocasionadas pela gestação, e as orientações sobre alimentação apropriada, prática de atividades físicas diárias, uso de substâncias prejudiciais, sinais e sintomas de risco, alívio de desconfortos, aleitamento materno, sobre seus direitos, orientações sobre o local do parto e os tipos de parto, em especial, o fisiológico (LIVRAMENTO et al., 2019).

Com intuito de minimizar a morbimortalidade materna, na APS, os profissionais precisam de estar atentos e habilitados para acolher, a gestante e a família, com objetivo de identificar e prevenir o surgimento de problemas e obstáculos associados com a experiência deste período (VARGAS et al., 2016). Essa assistência engloba um conjunto de cuidados direcionados para a saúde materna, da criança e da família, que proporciona experienciar a gravidez de uma maneira tranquila e segura, com baixos riscos de desfechos perinatais desfavoráveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A assistência à saúde da mulher no período gravídico-puerperal é de importância visto que a diminuição dos óbitos materno-infantil, se relacionam com a melhora da qualidade de vida e assistência dentro do atendimento para esse público. O acompanhamento no pré-natal tem como finalidade assegurar um bom desenvolvimento do binômio mãe e filho, abordando aspectos psicossociais, atividades educativas de prevenção e promoção em saúde (BRASIL, 2013).

Durante a gestação, a mulher precisa de assistência especializada e de qualidade, o pré-natal é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), e deve ser realizado em consultas intercaladas entre os profissionais enfermeiro, dentista e médico, sendo necessárias, no mínimo, seis consultas durante a gestação, que podem ser realizadas na UBS ou durante visitas domiciliares, ainda é importante se necessário a gestante passar por outros profissionais como nutricionista e psicólogo caso assim for preciso (BRASIL, 2013).

O atendimento compartilhado entre esses profissionais durante o acompanhamento pré-natal é uma alternativa para um atendimento mais humanizado, qualificado e integral. A assistência multiprofissional capacitada e com cobertura ampliada é uma estratégia para

qualificar a atenção à saúde e beneficiar a articulação intersetorial, pois é provável que assim possa detectar as necessidades individuais de cada gestante, proporcionando um atendimento holístico (GONÇALVES et al., 2017).

A equipe multiprofissional possibilita um pré-natal mais humanizado, aumenta o olhar frente às singularidades das mulheres, assim, é necessário reconhecer a gestante como um sujeito de direitos, dentro do contexto família, vivências e cultura, e que esses fatores são norteadores na adesão aos cuidados compartilhados de saúde entre a gestante e a equipe. A atenção primária em saúde, é o serviço de porta de entrada das gestantes no SUS e deve fortalecer seu papel como porta de entrada, garantindo o acesso e a continuidade do pré-natal, e principalmente ser mediadora do empoderamento das mulheres, a fim de que estas sejam protagonistas de suas próprias histórias (BARRETO et al., 2015).

Evidenciou-se em pesquisa, que o que torna um pré-natal qualificado, mais do que a realização de todos os procedimentos indicados e a oferta de informações no decorrer do pré-natal, é a atenção empregada, o acolhimento humanizado, a escuta qualificada, a consideração da subjetividade e o apoio nas situações difíceis são o que tornam este período satisfatório (LIVRAMENTO et al., 2019).

## 2.2. As dificuldades e fragilidades da assistência ao pré-natal na equipe multiprofissional

---

Existe a necessidade de capacitação permanente dos profissionais, no sentido de integrar às ações de promoção e prevenção, levando em consideração as características e necessidades específicas de cada gestante para proporcionar uma melhor qualidade de vida durante e durante e após a gestação (SOUZA et al., 2011).

Estudos comprovam falhas na atenção pré-natal, reveladas por questões como empecilhos no acesso ao atendimento, início das consultas após 12 semanas de gestação, realização incompleta dos procedimentos indicados, solicitação inapropriada de exames laboratoriais e de imagem e escassez de informações a respeito dos direitos das gestantes e familiares, o que atinge negativamente a qualidade e a eficácia dos cuidados e pode ocasionar desfechos desfavoráveis (VIELLAS et al., 2014; SAAVEDRA e CESAR, 2015).

Verificou-se que as consultas de pré-natal possibilitam boa adesão e tem grande capacidade para compor uma comunicação profissional eficiente com as gestantes, mas, em diversos relatos observou-se que este momento não foi bem aproveitado por parte dos profissionais, gerando a busca de informações de maneira informal por meio do uso de internet,

jornais, revistas, familiares, e com outras pessoas, informações estas que, na maioria das vezes, podem não ser adequadas ou corretas (LIVRAMENTO et al., 2019).

O pré-natal deve ser organizado de forma atender às necessidades das gestantes e para tal faz-se necessário dispor de profissionais com conhecimentos técnico-científicos, que dão enfoque à humanização durante o atendimento, onde a prática deverá estar baseada na integralidade das ações. As orientações não devem ser voltadas apenas para prevenção ou resolução de problemas e nem serem fornecidas apenas quando solicitadas pelas gestantes (CAMPOS et al., 2016).

Algumas gestantes manifestaram insatisfação com a rapidez das consultas, com a escassez de orientações verbais e a incompreensão das orientações escritas. É responsabilidade do profissional estar acessível para viabilizar todas as orientações sobre o ciclo gravídico-puerperal com objetivo de empoderar a mulher/casal para ser protagonista do parto/nascimento, bem como explicar, sanar as dúvidas e responder as questões, assim como usar meios de comunicação que sejam eficazes. Além do mais, é necessário utilizar de uma linguagem apropriada e direcionada para cada contexto e realidade da gestante a fim de assegurar que toda a informação seja compreendida corretamente (LIVRAMENTO et al., 2019).

Os obstáculos socioculturais, como o empobrecimento financeiro, barreiras para chegar às consultas de pré-natal devido ao transporte local e falta de compreensão, apoio e auxílio familiar, limitam o pré-natal (AKTER et al., 2018).

A questão do tempo das consultas e da maneira de comunicação entre profissional-usuária a partir das características apontadas em estudo e oriundos das falas da mulheres corroboram com o atual modelo de atenção obstétrica ainda predominante e vigente no Brasil, ou seja, o modelo tecnocrático, que também reflete na atenção ao pré-natal e faz com que as gestantes, ao contrário de serem empoderadas para serem protagonistas no processo de gestação, parto e nascimento, tornam-se submissas aos profissionais de saúde e com reduzida autonomia (LIVRAMENTO et al., 2019).

Existem três modelos de atenção obstétrica vigentes: o tecnocrático, o humanista e o holístico. O tecnocrático refere-se à atenção obstétrica convencional. Já o humanista tem a ver com o movimento de humanização do parto que vem ocorrendo também no Brasil desde o ano 2000 e sugere uma atitude respeitosa e acolhedora com a mulher e uma assistência embasada cientificamente. O holístico, é o modelo mais direcionado ao parto natural que acontece fora do ambiente hospitalar (SOUSA et al., 2016).

Isto, postula a superação da estrutura, por vezes autoritária, dos profissionais de saúde, que se distancia dos conhecimentos, experiências e práticas das mulheres e famílias relativos à vivência do ciclo gravídico-puerperal (DODOU et al., 2017).

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe a necessidade da completude das equipes de saúde, bem como a conveniência de ampliação das equipes de saúde com a participação de especialistas, o que seguramente melhoraria o atendimento às gestantes no período durante e pós gestação, uma vez que esses saberes se complementam na atenção à saúde. Assim sabe-se que a atenção pré-natal deve ser realizada por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar de saúde nos serviços oferecidos no SUS, o que contribui para colocar em prática os princípios da integralidade e igualdade da atenção.

Os profissionais que formam a equipe multidisciplinar precisam estar atualizados e habilitados para atender, acolher, ouvir, compreender e orientar as gestantes valorizando seus conhecimentos e experiências prévias a gestação, orientando as informações corretas e necessárias, explicando e sanando toda e qualquer dúvida das gestantes e suas famílias no decorrer do pré-natal. A gestação é um acontecimento que gera inúmeras mudanças fisiológicas, físicas, emocionais, psicológicas e sociais na vida da mulher. Muda a realidade da família e é um momento delicado em virtude de tantas mudanças, dúvidas e preocupações.

Compreender e valorizar as gestantes e suas famílias, é imprescindível quando se almeja que a experiência das mesmas neste período, seja a mais positiva possível, dessa forma, os profissionais da saúde da APS tem um papel, fundamental em sua atuação. É necessário que haja engajamento e dedicação profissional para que esse momento seja leve, feliz e livre de riscos e danos ao binômio.

### REFERÊNCIAS

- AKTER, M. K. et al. The challenges of prenatal care for Bangladeshi women: A qualitative study. **International Nursing Review**, 2018; 65(4) 534-541.
- BARRETO, C. N. et al. “O Sistema Único de Saúde que dá certo”: ações de humanização no pré-natal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2015; 36:168-76.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico]. Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CAMPOS, M. L. et al. Percepção das gestantes sobre as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro na atenção básica. **Jounal of Nursing and Health**. 2016; 6(3).
- COSTA, E. S. et al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Rev. Rene**. 2010;11(2)86-93.
- DODOU, H. D.; RODRIGUES, D. P.; ORIÁ, M. O. The care of women in the context of maternity: Challenges and ways to humanize. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, 2017;9(1), 222-230.
- FORTALEZA. Diretrizes clínicas da atenção a gestante: assistência pré-natal. Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, 2016.
- GAÍVA, M. A. M.; PALMEIRA, E. W. M.; MUFATO, L. F. Women's perception of prenatal and delivery care in cases of neonatal death. **Esc Anna Nery**. 2017;21(4):e20170018.
- GONÇALVES, M. F. et al. Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enfermagem**. 2017;38(3):e2016-0063.
- LIVRAMENTO, D. V. P. et al. Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Rev Gaúcha Enferm**. 2019;40:e20180211.
- MAYOR, M. S. S. et al. Avaliação dos Indicadores da Assistência Pré-Natal em Unidade de Saúde da Família, em um Município da Amazônia Legal. **RevCereus**. 2018;10(1):91-100.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolos da atenção básica: Saúde das mulheres. 2016. Brasília, Brasil: Autor. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf)
- SOUSA, A. M. M. et al. Practices in child birth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte. **Esc Anna Nery**. 2016;20(2):324-31.
- SOUZA, M. C. et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**. 2012; 36(3).
- TORNQUIST, C. S. Humanização do parto: entrevista com Robbie Davis-Floyd. **RevEstud Fem**. 2002;10(2):389-97.
- VARGAS, G. S. et al. Atuação dos profissionais de saúde da estratégia saúde da família: Promoção da prática do aleitamento materno. **Revista Baiana de Enfermagem**, 2016;30(2), 1-9.

# SOBRE AS ORGANIZADORAS

## Liane Bahú Machado

---

Enfermeira graduada pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Campus Santiago, RS (2020). Pós-graduada em Enfermagem em Urgências e Emergências pela Unyleya (2021). Trabalhou como estagiária na Estratégia de Saúde da Família João XXIII da Prefeitura Municipal de São Francisco de Assis, RS (2016-2017). Atuou como bolsista voluntária no projeto de extensão intitulado: cuidar, promover e transformar à saúde materno infantil por meio de ações universitárias (2018). Discente do curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), (em andamento), atuando na linha pesquisa: Práticas de segurança alimentar e nutricional. Integrante do Grupo de Pesquisas Pessoas, Famílias e Sociedade (PEFAS). Atualmente bolsista CAPES pelo PPGEnf/UFSM. E-mail para contato: lianemachado61@gmail.com

## Silvana Carloto Andres

---

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Campus Santiago, RS (2010). Mestrado em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos -UNISINOS (2017). Especialização em Enfermagem do Trabalho pelo Centro Universitário -UNINTER (2012), Pós-Graduação em Formação Pedagógica para Docente da Educação Profissional Técnica e Tecnológica pela Celer Faculdades (2016). Pós- graduação em Cuidados Paliativos pela Rede Futura de Ensino (2019) e Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde pela FIOCRUZ (2020). Atualmente é mestranda em Gerontologia pela UFSM. Tem experiência na área da assistência e gerência hospitalar, atenção primária à saúde, tutoria para cursos de graduação modalidade EaD e docência de curso Técnicos e Graduação de Enfermagem e Educação Física, com ênfase em Enfermagem. Atuando principalmente nos seguintes temas: Enfermagem, Terapias Complementares e Integrativas em Saúde, Saúde do Adulto e Idoso.

## Marjana Pivoto Reginaldo

---

Enfermeira graduada pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Campus Santiago, RS. Pós-graduanda em Enfermagem em Cardiologia e Hemodinâmica, Pós-graduanda em Enfermagem em Estética. Trabalhou como estagiária na Estratégia de Saúde da Família Maria Alice Gomes da Prefeitura Municipal de Santiago, RS. Atuou como voluntária no Centro de Equoterapia Cristal. Participou do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde e Enfermagem (GEPSE).

