E-BOOK

PERSPECTIVAS CIENTÍFICAS EM SAÚDE DA MULHER E NO CONTEXTO MATERNO-INFANTIL

ORGANIZADORAS
Viviane Cordeiro de Queiroz
Smalyanna Sgren da Costa Andrade

AmplaMente Cursos
EDITORA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA

E-BOOK PERSPECTIVAS CIENTÍFICAS EM SAÚDE DA MULHER
E NO CONTEXTO MATERNO-INFANTIL
1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

E-BOOK

PERSPECTIVAS CIENTÍFICAS EM SAÚDE DA MULHER E NO CONTEXTO MATERNO-INFANTIL

1ª EDIÇÃO. VOLUME 01.

AmplaMente Cursos
EDITORA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA

ORGANIZADORAS
Viviane Cordeiro de Queiroz
Smalyanna Sgren da Costa Andrade

DOI: 10.47538/AC-2021.05

ISBN: 978-65-89928-01-0
CBL
9 786589 928010

AmplaMente Cursos
EDITORA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA

Ano 2021

E-BOOK

PERSPECTIVAS CIENTÍFICAS EM SAÚDE DA MULHER E NO CONTEXTO MATERNO-INFANTIL

1ª EDIÇÃO. VOLUME 01.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Perspectivas científicas em saúde da mulher e no contexto materno-infantil [livro eletrônico] / organização Viviane Cordeiro de Queiroz , Smalyanna Sgren da Costa Andrade. -- 1. ed. -- Natal, RN : Amplamente Cursos e Formação Continuada, 2021.
PDF

ISBN 978-65-89928-01-0

1. Maternidade 2. Puerpério 3. Saúde da mulher I. Queiroz, Viviane Cordeiro de. II. Andrade, Smalyanna Sgren da Costa.

21-73575 CDD-613.04244

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde da mulher : Promoção 613.04244

Aline Graziele Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Amplamente Cursos e Formação Continuada
CNPJ: 35.719.570/0001-10
E-mail: publicacoes@editoraamplamente.com.br
www.amplamentecursos.com
Telefone: (84) 999707-2900
Caixa Postal: 3402
CEP: 59082-971
Natal- Rio Grande do Norte – Brasil

EDITORA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA

Ano 2021

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Editora Chefe:
Dayana Lúcia Rodrigues de Freitas

Assistentes Editoriais:
Caroline Rodrigues de F. Fernandes
Maria Pollyana Sales Vicente
Margarete Freitas Baptista

Bibliotecária:
Aline Graziele Benitez

Projeto Gráfico e Diagramação:
Luciano Luan Gomes Paiva
Caroline Rodrigues de F. Fernandes

Imagem da Capa:
Shutterstock

Edição de Arte:
Luciano Luan Gomes Paiva

Revisoras convidadas:
Cintia Bezerra Almeida Costa
Karen Krystine Gonçalves de Brito
Edna Samara Ribeiro César
Simone Soares Damasceno

2021 *by* Amplamente Cursos e Formação Continuada
Copyright © Amplamente Cursos e Formação Continuada

Copyright do Texto © 2021 Os autores
Copyright da Edição © 2021 Amplamente Cursos e Formação Continuada
Direitos para esta edição cedidos pelos autores à Amplamente Cursos e Formação Continuada.

Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de atribuição Creative Commons. Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional (CC-BY-NC-ND).

Este e-book contém textos escritos por autores de diversos lugares do Brasil e, possivelmente, de fora do país. Todo o conteúdo escrito nos capítulos, assim como correção e confiabilidade são de inteira responsabilidade dos autores, inclusive podem não representar a posição oficial da Editora Amplamente Cursos.

A Editora Amplamente Cursos é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação. Todos os artigos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

É permitido o download desta obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Situações de má conduta ética e acadêmica ou quaisquer outros problemas que possam vir a surgir serão encaminhados ao Conselho Editorial para avaliação sob o rigor científico e ético.

EDITORA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA

Ano 2021

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

CONSELHO EDITORIAL

Dr. Damião Carlos Freires de Azevedo - Universidade Federal de Campina Grande

Dra. Danyelle Andrade Mota - Universidade Federal de Sergipe

Dra. Débora Cristina Modesto Barbosa - Universidade de Ribeirão Preto

Dra. Elane da Silva Barbosa - Universidade Estadual do Ceará

Dra. Eliana Campêlo Lago - Universidade Estadual do Maranhão

Dr. Everaldo Nery de Andrade - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Dra. Fernanda Miguel de Andrade - Universidade Federal de Pernambuco

Dr. Izael Oliveira Silva - Universidade Federal de Alagoas

Dr. Jakson dos Santos Ribeiro - Universidade Estadual do Maranhão

Dra. Josefa Gomes Neta - Faculdade Sucesso

Dr. Maykon dos Santos Marinho - Faculdade Maurício de Nassau

Dr. Rafael Leal da Silva - Secretaria de Educação e da Ciência e Tecnologia da Paraíba

Dra. Ralydiana Joyce Formiga Moura - Universidade Federal da Paraíba

Dra. Roberta Lopes Augustin - Faculdade Murialdo

Dra. Smalyanna Sgren da Costa Andrade - Universidade Federal da Paraíba

Dra. Viviane Cristhyne Bini Conte - Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Dr. Wanderley Azevedo de Brito - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás

CONSELHO TÉCNICO CIENTÍFICO

Ma. Ana Claudia Silva Lima - Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves

Ma. Andreia Rodrigues de Andrade - Universidade Federal do Piauí

Esp. Bruna Coutinho Silva - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Ma. Camila de Freitas Moraes - Universidade Católica de Pelotas

Me. Carlos Eduardo Krüger - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Esp. Caroline Rodrigues de Freitas Fernandes – Escola Ressurreição Ltda.

Me. Clécio Danilo Dias da Silva - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

AmplaMente Cursos
EDITORA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA

Ano 2021

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Me. Fabiano Eloy Atílio Batista - Universidade Federal de Viçosa

Me. Francisco Odécio Sales - Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Ceará

Me. Fydel Souza Santiago - Secretaria de Educação do Estado do Espírito Santo

Me. Giovane Silva Balbino - Universidade Estadual de Campinas

Ma. Heidy Cristina Boaventura Siqueira - Universidade Estadual de Montes Claros

Me. Jaiurte Gomes Martins da Silva - Universidade Federal Rural de Pernambuco

Me. João Antônio de Sousa Lira - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão

Me. João Paulo Falavinha Marcon - Faculdade Campo Real

Me. José Henrique de Lacerda Furtado - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro

Me. José Flôr de Medeiros Júnior - Universidade de Uberaba

Ma. Josicleide de Oliveira Freire - Universidade Federal de Alagoas

Me. Lucas Peres Guimarães - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro

Ma. Luma Mirely de Souza Brandão - Universidade Tiradentes

Me. Marcel Alcleante Alexandre de Sousa - Universidade Federal da Paraíba

Me. Márcio Bonini Notari - Universidade Federal de Pelotas

Ma. Maria Antônia Ramos Costa - Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Rondônia

Ma. Maria Inês Branquinho da Costa Neves - Universidade Católica Portuguesa

Me. Milson dos Santos Barbosa - Universidade Tiradentes

Ma. Náyra de Oliveira Frederico Pinto - Universidade Federal do Ceará

Me. Paulo Roberto Meloni Monteiro Bressan - Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Ma. Rosiane Correa Guimarães - Universidade Federal de Jataí

Ma. Sirlei de Melo Milani - Universidade do Estado de Mato Grosso

Ma. Viviane Cordeiro de Queiroz - Universidade Federal da Paraíba

Me. Weberson Ferreira Dias - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Tocantins

AmplaMente Cursos
EDITORA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA

Ano 2021

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores desta obra declaram que trabalharam ativamente na produção dos seus trabalhos, desde o planejamento, organização, criação de plano de pesquisa, revisão de literatura, caracterização metodológica, até mesmo na construção dos dados, interpretações, análises, reflexões e conclusões. Assim como, atestam que seus artigos não possuem plágio acadêmico, nem tampouco dados e resultados fraudulentos. Os autores também declaram que não possuem interesse comercial com a publicação do artigo, objetivando apenas a divulgação científica por meio de coletâneas em temáticas específicas.

AmplaMente Cursos
EDITORA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA

Ano 2021

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

APRESENTAÇÃO

O E-book Perspectivas científicas em saúde da mulher e no contexto materno-infantil consiste em uma coletânea de manuscritos acadêmicos e científicos decorrentes dos resultados de pesquisas e experiências exitosas na área da saúde, atendendo aos diversos objetivos e caminhos metodológicos desenvolvidos por pesquisadores em todo o Brasil.

Não obstante, esta compilação possui a finalidade de favorecer a visibilidade das demandas na área de ginecologia, obstetrícia, neonatologia e pediatria, bem como dar luz aos debates sociais emergentes na atualidade, incorporando reflexões sobre políticas públicas, leis, processos de trabalho e assistência em saúde, a partir de relatos de experiências bem-sucedidas ou dos resultados das pesquisas científicas, seja concluída ou em andamento, compartilhando as suas mais variadas metodologias.

Dessa forma, a coletânea pretende trazer a tona diversos diálogos direcionados à complexidade do avanço do conhecimento, no sentido de fomentar desdobramentos e implicações à melhoria das práticas de saúde sobre o processo do cuidado frente ao feminino (e seus vieses), nascimento (crescimento e desenvolvimento), e perpetuação das potencialidades da mulher nas demandas contemporâneas e estruturas sociais.

Desejamos uma ótima leitura!

Smalyanna Sgren da Costa Andrade

AmplaMente Cursos
EDITORA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA

Ano 2021

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

PREFÁCIO

Com imensa satisfação trago o panorama geral das produções apresentadas nessa coletânea que reflete a amplitude das diversas situações voltadas à saúde da mulher e ao contexto materno-infantil no Nordeste Brasileiro. Para tanto, a leitura perpassa pela exploração de caminhos inovadores na atualidade, práticas de saúde exitosas nos serviços, bem como condições clínicas que são peculiares, recorrentes e, por vezes, carecem de resolutividades para favorecimento da qualidade de vida das mulheres e crianças.

Assim, conteúdos como violência e abuso de poder nos meios digitais, como o cyberbullying, o sexting e a pornografia de vingança são contemporâneos e carecem de reflexões sobre como essa prática tem sido amplificada e vivenciada por mulheres em diversos contextos nas redes sociais. No campo da saúde pública, a atuação qualificada da enfermagem tem potencialidade para apoiar mulheres e famílias a enfrentarem situações de violência, especialmente quando essa atuação se dá no âmbito da atenção básica.

Não obstante, este livro eletrônico também reúne conteúdos de práticas multiprofissionais, tal como a necessidade do manuseio de tecnologias duras, como a ultrassonografia, aliada às competências e habilidades necessárias ao diagnóstico da endometriose profunda pelo profissional médico.

Na perspectiva da gestação, trabalhos enfocam como a incontinência urinária pode repercutir negativamente na qualidade de vida da mulher, trazendo à tona a importância da atuação do fisioterapeuta no ciclo grávido-puerperal e, portanto, como ator no modelo interdisciplinar de cuidado. Nesse consolidado de boas ideias e pesquisas, um destaque é dado à importância do pré-natal do/a parceiro/a não só para o/a companheiro, mas como estratégia indireta de promoção do cuidado às mulheres durante a gravidez. Parceiro/a saudável tem potencialidade para melhor cuidar e acolher as mulheres durante a gravidez, parto e pós-parto!

No que tange a enfermagem obstétrica, o pré-natal na gestação saudável e experiências exitosas para uma vivência de parto positivo são potenciais para transformar o modus operandi da assistência e servem de inspiração para a transformação do cuidado intervencionista em cuidado humanizado e ancorado nas diretrizes vigentes.

AmplaMente Cursos
EDITORA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA

Ano 2021

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Considerando o contexto pandêmico em que o Brasil e o mundo está imerso desde 17 de março de 2020, o olhar acurado sobre a gravidez, parto e puerpério, mais que uma escolha de objeto de pesquisa é um compromisso social com as mulheres, considerando que o Brasil está no epicentro de mortes maternas no mundo. Realidade que denuncia a fragilidade da assistência dispensada às mulheres historicamente e a vulnerabilidade de classe e raça intrínseca às mortes maternas no Brasil. Mulheres pretas e pobres são as destinadas à morte por engravidarem.

Nesse caminho escuro, a formação qualificada é a luz que pode reduzir a mortalidade materna por causas diretas ou indiretas, especialmente, aquelas por hipertensão e diabetes ainda serem, neste novo século, as principais morbidades que acometem mulheres na gravidez e que são de fácil controle, se uma assistência obstétrica de qualidade for ofertada, salvando vidas e melhorando desfechos. Para situações que fogem do cotidiano do cuidado obstétrico, o convite é para refletir o cuidado a mulheres cujos úteros são compartilhados entre feto e mioma. Embora seja uma situação pouco comum para a maioria dos cuidadores, é uma realidade presente em alguns serviços, especialmente os serviços especializados.

Todavia, não só o olhar sobre as mulheres se faz necessário, mas discutir a vida que ela traz em si também é uma forma de promoção do cuidado integral em saúde. Assim destacamos na neonatologia, o conhecimento das gestantes sobre os cuidados imediatos ao bebê, assistência de enfermagem na promoção do cuidado com a pele do recém-nascido prematuro frente ao uso do sensor de oxímetro, bem como uso da redeterapia na unidade de terapia intensiva e a cirurgia intrauterina para o tratamento de mielomeningocele. Essa coletiva de textos constitui-se como saberes necessários às práticas de cuidado a vida que chega nesse plano e que requer um olhar para além das intervenções.

Da gestação ao pós-nascimento, ainda coube a criança; esse ser que representa o futuro e que tem direito de ter suas necessidades atendidas, em especial na primeira infância, quando a assistência qualificada na atenção primária torna-se uma condição sine qua non para a redução das internações imunopreveníveis em crianças menores de cinco anos.

Desse modo, o esforço em entregar esse livro eletrônico é a expressão do compromisso social de suas organizadoras e dos pesquisadores envolvidos com as mulheres, seus bebês e suas famílias. É também um convite para a promoção do modelo

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

colaborativo de cuidado, no qual todos os profissionais têm lugar e onde a centralidade é da mulher e de seus bebês.

Finalizo essa escrita com o coração cheio de gratidão e com o desejo ao leitor, que ao lançar seu olhar sobre essa obra, o faça na intenção de compreender os diversos contextos e apreender os múltiplos saberes diluídos entre palavras, frases e parágrafos. Não seria possível finalizar, sem evocar a verdade do grande baluarte da Educação no Brasil e no Mundo, nosso vivo Paulo Freire, quando enuncia que o conhecimento é fruto da criação de "possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção. Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo".

Waglânia de Mendonça Faustino[1]

[1] Militante pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Enfermeira Obstetra. Mestre em Enfermagem. Doutora em Saúde Pública. Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba. Presidenta da Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras (Seção Paraíba).

SUMÁRIO

CARTA AOS LEITORES_____17
ACUPUNTURA E OUTRAS TERAPIAS COMPLEMENTARES NA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DURANTE O PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E ALEITAMENTO
Smalyanna Sgren da Costa Andrade; Viviane Cordeiro de Queiroz.
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-C1

CARTA AOS LEITORES_____21
A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA FRENTE AO CUIDADO COM A MULHER ACOMETIDA POR DIABETES MELLITUS GESTACIONAL
Viviane Cordeiro de Queiroz; Smalyanna Sgren da Costa Andrade.
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-C2

CAPÍTULO I_____24
A IMPORTÂNCIA DO DOMÍNIO DA TÉCNICA DE ULTRASSONOGRAFIA PARA O DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA
Ana Paula de Oliveira Silveira; Astrid Boller; Celise Martins Sant'Ana;
Letícia Aquino Sousa; Luis Henrique Santana Luz;
Sofia Helena Marques Rocha.
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-01

CAPÍTULO II_____37
A PREVALÊNCIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA GESTAÇÃO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA
Amanda Taynã Bento Pereira; Jéssica Aparecida Laurentino;
Thalita Rodrigues Pedroso; Yasmin Peterman Fernandes;
Maria Rita Martins da Rocha.
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-02

CAPÍTULO III_____54
ASSISTÊNCIA AO PARTO DE RISCO HABITUAL PELA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DAS RECOMENDAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
Kayo Elmano Costa da Ponte Galvão; Roseane Lustosa de Santana;
Rivaldo Lira Filho.
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-03

CAPÍTULO IV_____73
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
Maria Helena Rodrigues Costa Silva; Dilyane Cabral Januário;
Andrezza Rayana da Costa Alves Delmiro; Iolanda Carlli da Silva Bezerra;
Alexsandra de Luna Freire Holanda; Jozicleide Barbosa dos Santos.
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-04

CAPÍTULO V_____93
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA
Maiara Luci Silva Costa; Rosimara Soares Faustino; Simone Tomaz Batista;
Denise Rocha Raimundo Leone.
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-05

CAPÍTULO VI_____119
CENÁRIO DA GESTAÇÃO E DO PARTO NO CONTEXTO DA PANDEMIA POR COVID-19
Ana Luiza Fonseca Azevedo; Giovanna Aparecida Marques Rezende;
Fernanda Loureiro Ignácio; Jéssica R. C. S. da Fonseca;
Maria Luísa Ciríaco Lima; Juliana Pinheiro Dutra.
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-06

CAPÍTULO VII_____125
CIRURGIA INTRAUTERINA PARA O TRATAMENTO DE MIELOMENINGOCELE
Luiza Ballesteros Machado; Júlia Ballesteros Machado;
Maria Eugênia Rezeck Braga Hibner; Carolina Gonzaga Fonseca.
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-07

CAPÍTULO VIII_____134
CONHECIMENTO DAS GESTANTES SOBRE DIABETES GESTACIONAL
Gláucio Magno Nascimento Silva; Anna Paula dos Santos Silva;
Lívia Ferreira Cirilo Galdino; Valdicléia da Silva Ferreira Torres;
Waléria Bastos de Andrade; Suellen Duarte de Oliveira Matos.
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-08

CAPÍTULO IX_____149
CONHECIMENTO DE GESTANTES ACERCA DOS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA
Ilana Vanina Bezerra de Souza; Amanda Benício da Silva;
Thaís Ponciano Barbosa da Silva; Rebeca Medeiros dos Santos;
Karoline de Medeiros Lourenço; Bruna Beatriz Cavalcanti Rodrigues.
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-09

CAPÍTULO X_____160
CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM A PELE DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO, COM ÊNFASE EM EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AO USO DO SENSOR DE OXÍMETRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL
Sintia Dias Portugal
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-10

CAPÍTULO XI_____179
DESAFIO DAS GESTANTES NO CONTEXTO DA COVID-19: GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO
Ana Carolina Dalsecco Alves; Ana Laura Pimenta Pelucio;
Ingridy Maria Diniz Melo Azevedo; Khatty Johanny Humbelina Avellán Neves;
Laura Bragança Rabelo de Sousa; Manuela Pittella de Mattos.
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-11

CAPÍTULO XII_____190
EFETIVIDADE DOS EXERCÍCIOS CINESIOTERAPÊUTICOS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA E INCONTINÊNCIA URINÁRIA MISTA EM MULHER COM DIABETES NEUROPÁTICA
Maria Rita Martins da Rocha; Érika Tonon; Rafaela Caroline Silva Bertanha;
Lucimar de Carvalho Freitas;
Thais Aparecida Bozza Magosso; Ana Lúcia Gonçalves da Silva Azevedo.
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-12

CAPÍTULO XIII_____210
FATORES DE RISCO E AGRAVOS RELACIONADOS À MORTALIDADE MATERNA
Renata Cláudia da Silveira Fortunato; Danielle Victor Fernandes;
Suellen Duarte de Oliveira Matos; Ana Paula da Silva e Rocha Cantante;
Margarida da Silva Neves de Abreu; Adriana Lira Rufino de Lucena.
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-13

CAPÍTULO XIV_____225
IMPLICAÇÕES MATERNAS E FETAIS ASSOCIADAS AO MIOMA NA GRAVIDEZ
Alexon Melgaco Racilan; Barbara Letícia Andrade Vieira;
Gabriel Debortoli Fernandes; Daniela Veloso Gomes;
Marina Teixeira de Sousa; Vittoria Maria Silva Pedrosa.
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-14

CAPÍTULO XV_____235
LINHA DE FRENTE: GRADUANDOS DE ENFERMAGEM NO COMBATE AO CORONAVÍRUS EM MATERNIDADE DE REFERÊNCIA
Ísis de Siqueira Silva; Pedro Bezerra Xavier;
Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca; Gilberto Safra;
Jank Landy Simôa Almeida; Rosangela Vidal de Negreiros.
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-15

CAPÍTULO XVI_____249
MORTALIDADE MATERNA: POR QUE A HIPERTENSÃO CONTINUA SENDO A CAUSA MAIS FREQUENTE DE MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL?
Isadora Villamarim Guerra Borges; Ana Caroline Moreira Santos;
Victoria Dornas Parreiras Coutinho Gonçalves.
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-16

CAPÍTULO XVII_____260
O ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO E A SEGURANÇA DO PACIENTE
Sílvia Souza Lima Costa
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-17

CAPÍTULO XVIII_____271
OS BENEFÍCIOS DA REALIDADE VIRTUAL PARA O TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO DO PORTADOR DE ENCEFALOPATIA: REVISÃO INTEGRATIVA
Mariana Balduino Aguiar; Xisto Sena Passos;
Thais Bandeira Riesco.
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-18

CAPÍTULO XIX _____ **284**
PARTICIPAÇÃO DO PAI DURANTE O PRÉ-NATAL: PERCEPÇÃO DE GESTANTES
Yasmim Gonçalves Teles Santos; Alexsandra de Luna Freire Holanda;
Maria de Lourdes Vieira Lins; Erta Soraya Ribeiro César Rodrigues;
Myllena Maria Tomaz Caracas; Edna Samara Ribeiro César.
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-19

CAPÍTULO XX _____ **297**
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE MATERNA EM UMA CAPITAL DO NORDESTE
Clarice Emília Silva Munguba; Fagner Arruda de Lima;
Marcos Henrique Oliveira Sousa; Flavia Marques de Sousa Melo;
Karyanna Alves de Alencar Rocha.
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-20

CAPÍTULO XXI _____ **314**
PREVALÊNCIA DAS INTERNAÇÕES POR DOENÇAS IMUNOPREVENÌVEIS EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS
Gustavo Henrique Santos da Silva; Thiago Azevedo Feitosa Ferro.
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-21

CAPÍTULO XXII _____ **326**
USO DA REDETERAPIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL
Ilana Vanina Bezerra de Souza; Valdicléia da Silva Ferreira Torres;
Eliane Cristina da Silva Buck; Adda Beatriz Lopes de Oliveira;
Rebeca Medeiros dos Santos; Karoline de Medeiros Lourenço.
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-22

CAPÍTULO XXIII _____ **344**
VIOLÊNCIA DIGITAL CONTRA A MULHER: EFEITOS DO CYBERBULLYING, SEXTING E DA PORNOGRAFIA DE VINGANÇA NAS REDES SOCIAIS
Wellyta Ribeiro de Souza; Fabio Montalvão Soares.
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-23

POSFÁCIO _____ **365**
SOBRE AS ORGANIZADORAS _____ **367**
SOBRE OS AUTORES _____ **369**
ÍNDICE REMISSIVO _____ **379**

CARTA AOS LEITORES

ACUPUNTURA E OUTRAS TERAPIAS COMPLEMENTARES NA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DURANTE O PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E ALEITAMENTO

Smalyanna Sgren da Costa Andrade[2]; Viviane Cordeiro de Queiroz[3].
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-C1

A saúde materno-infantil é uma área de conhecimento que caminha entre as atualizações constantes no corpo do conhecimento, considerando a abrangência e complexidade da atuação multiprofissional. Do ponto de vista do cuidado de Enfermagem, a assistência específica está voltada à prevenção de agravos, promoção do bem-estar e recuperação da saúde, cujas ações são pautadas em normativas éticas e legais que respaldam as atribuições da categoria.

A lei do exercício profissional da Enfermagem reconhece a enfermeira (o) obstetra como profissional que compete o atendimento em enfermagem à mulher no processo de gestação ao pós-parto. Ainda sob o escopo legislativo, o atendimento e execução da assistência obstétrica pode ocorrer em diversos âmbitos como ambiente domiciliar, em consultórios e clínicas sob responsabilidade técnica da (o) própria (o) enfermeira (o) ou em serviços de saúde institucionalizados da atenção básica a alta complexidade.

Não obstante, a Enfermagem tem agregado diversos recursos às suas boas práticas em saúde, com aperfeiçoamentos e qualificações inovadoras. Nesse contexto, o uso de tecnologias do cuidado aliada às terapias complementares tem se tornado um caminho promissor rumo à autonomia profissional e reconhecimento das competências

2 Idealizadora do perfil @bemtequero_btq. Licenciada em Enfermagem. Enfermeira obstetra. Mestre e doutora em Enfermagem. Laserterapeuta. Acupunturista. Consultora em aleitamento materno Professora adjunta da disciplina de Atenção Integral de Enfermagem em Obstetrícia e Neonatologia da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de João Pessoa, Paraíba.
3 Graduada em Enfermagem e Fonoaudiologia. Pós-graduanda em Enfermagem obstétrica. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Bolsista pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

e habilidades da enfermagem obstétrica para alívio de possíveis desconfortos, recuperação e promoção do bem-estar das mulheres gestantes e puérperas.

Obviamente, cabe ressaltar que os custos para uma boa qualificação são consideráveis, além do investimento de tempo, esforço e estudo. Contudo, constantes capacitações fazem da enfermagem obstétrica uma profissão diferenciada, que tem cada vez mais ocupado espaço nos diversos níveis de atenção.

Além da realização do exame físico geral e específico da gestante, verificação dos sinais vitais e dos exames laboratoriais, a enfermagem obstétrica pode atuar no alívio dos desconfortos gestacionais (náuseas, edema, dores, insônia e alterações emocionais), favorecimento do desenvolvimento fetal, indução e analgesia no trabalho de parto, cuidado à laceração perineal e ferida operatória da cirurgia cesariana, manejo comportamental e clínico frente ao aleitamento materno e blues puerperal, por meio da sinergia entre aromaterapia, laserterapia e acupuntura, utilizadas em situações específicas, visando a segurança ética, legal, científica e sanitária. Esses recursos possuem reconhecimento da efetividade do seu uso por meio das evidências científicas e literatura afins disseminadas no meio acadêmico.

Desse modo, espera-se que este texto possa incitar a reflexão sobre as novas possibilidades do empreendedorismo na enfermagem obstétrica, fortalecendo a categoria, além de iluminar novos rumos de atuação e reconhecimento da potência, autonomia e versatilidade desta profissional na área, para além do contexto hospitalocêntrico público e privado ou de serviços de atenção primária à saúde. Iniciativas dessa natureza podem estimular as atualizações constantes no corpo do conhecimento da Enfermagem em processos formativos e normativos inovadores no contexto ocupacional.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei 7.498/86, de 25 de Junho de 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

2. Brasil. Resolução Cofen nº 0477/2015 – Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html

3. Brasil. Resolução Cofen nº 0478/2015 – Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra e Obstetriz nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04782015_30969.html

4. Brasil. Resolução Cofen nº 0479/2015 – Estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolu cao-cofen-no-04792015_30971.html

5. Brasil. Recomendações Sobre A Formação Em Enfermagem Obstétrica – Recomendações sobre a formação em Enfermagem Obstétrica. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/04/recomendacoes_enfermagem_obstetrica.pdf

6. Brasil. Resolução Cofen nº 0516/2016 – Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html

7. Brasil. Portaria nº 11, de 7 de Janeiro de 2015 Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html

8. Brasil. Resolução Cofen nº 568/2018 – Alterada pela Resolução Cofen nº 606/2019 sobre a Regulamentação do funcionamento dos Consultórios e Clínicas de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0568-2018_60473.html

9. Brasil. Resolução Cofen nº 0464/2014 normatiza a atuação da equipe de Enfermagem na atenção domiciliar. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html

10. Brasil. Resolução Cofen nº 0500/2015 Revoga, expressamente, a Resolução Cofen nº 197, de 19 de março de 1997, a qual dispõe sobre o estabelecimento e reconhecimento de Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05002015_36848.html

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

11. Brasil. Resolução Cofen nº 581/2018 – Alterada Pela Resolução Cofen nº 625/2020 E Decisão Cofen nº 065/2021. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós–Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-581-2018 _64383.html

12. Brasil. Justiça federal confirma legalidade de consultórios de Enfermagem. Ação civil pública movida pelo CFM tentava, sem sucesso, anular a resolução Cofen. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/07/sentenca-n%C2%B0-100381 9-15.2018.4.01.3400.pdf

13. Brasil. Resolução Cofen nº 585/2018. Estabelecer e reconhecer, ad referendum do Plenário do Conselho Federal de Enfermagem, a Acupuntura como especialidade ou qualificação do profissional Enfermeiro(a). Disponível em: http://www.cofen.gov.br /resolucao-cofen-no-585-2018_64784.html

CARTA AOS LEITORES

A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA FRENTE AO CUIDADO COM A MULHER ACOMETIDA POR DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

Viviane Cordeiro de Queiroz[4]; Smalyanna Sgren da Costa Andrade[5].
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-C2

O Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é a complicação médica mais comum durante a gravidez e é definido como diabetes mellitus (DM) ou tolerância à carboidrato detectado pela primeira vez durante a gravidez com a secreção de hormônios placentários necessários para o crescimento do feto. Alterações no metabolismo hormonal, como estrogênio, progesterona, prolactina e hormônios placentários, bem como o aumento de peso devido ao aumento da ingestão de alimentos e níveis reduzidos de atividade física, pode resultar do aumento da resistência à insulina.

A prevalência de DMG é relatada em 3% a 25% das mulheres grávidas em todo o mundo e tem aumentado constantemente. O DMG pode ter um impacto significativo nas complicações obstétricas e mortalidade fetal perinatal e vários problemas de saúde, como hipoglicemia neonatal, síndrome do desconforto respiratório, obesidade, DM e um declínio no desenvolvimento do cérebro após o parto. Uma história de DMG aumenta a probabilidade das mulheres serem diagnosticadas com DMG na próxima gravidez em 30% a 50%, e a progressão para diabetes mellitus tipo 2 ocorre em 35% a 60% das mulheres.

Frente a essa realidade, no âmbito da atenção primária, o enfermeiro é o profissional de primeiro acesso à gestante durante o pré-natal. Desse modo, a tomada de decisão do profissional qualificado pode favorecer os desfechos positivos da gestação,

---

4 Graduada em Enfermagem e Fonoaudiologia. Pós-graduanda em Enfermagem obstétrica. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Bolsista pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).
5 Idealizadora do perfil @bemtequero_btq. Licenciada em Enfermagem. Enfermeira obstetra. Mestre e doutora em Enfermagem. Laserterapeuta. Acupunturista. Consultora em aleitamento materno Professora adjunta da disciplina de Atenção Integral de Enfermagem em Obstetrícia e Neonatologia da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de João Pessoa, Paraíba.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

parto e puerpério, por meio da orientação da gestante quanto à doença, seus sintomas, terapêutica medicamentosa, necessidade de adesão à alimentação e exercícios físicos, conforme indicados pela equipe multiprofissional.

Do ponto de vista do manejo da enfermagem, o acompanhamento glicêmico, verificação dos sinais vitais e medidas antropométricas, realização das manobras obstétricas, mensuração da altura uterina, ausculta cardiofetal, registro dos valores nas curvas de acompanhamento, avaliação dos laudos ultrassonográficos, reforço positivo quanto ao autocuidado e informação sobre o parto, podem favorecer a qualidade da assistência baseada nos protocolos governamentais e reduzir agravos associados.

Cabe enfatizar que a execução dessas boas práticas fortalecem a categoria da Enfermagem frente ao cuidado oferecido na atenção primária, do ponto de vista da avaliação satisfatória do crescimento, desenvolvimento e vitalidade fetal, bem como na execução de estratégias de suporte à manutenção do bem-estar da mulher nessa fase. O cuidado domiciliar durante a visita puerperal precisa ser detalhado e sistematizado, observando possíveis repercussões negativas da cronificação da doença e/ou de intercorrências inerentes à essa condição clínica.

Sob esta ótica, a DMG é uma doença crônica não transmissível de caráter prevenível, embora a condição fisiológica da gestação favoreça o estabelecimento da hiperglicemia, devido à manutenção do desenvolvimento fetal e em situações de risco ao aparecimento da doença. Contudo, no intercurso da gravidez, informações sobre conhecimentos, atitudes e práticas em saúde que fortaleçam o controle glicêmico frente a vulnerabilidade a essa condição clínica, parecem iniciativas salutares no campo da saúde e da Enfermagem obstétrica.

Não obstante, a academia aliada à atenção primária, por meio dos processos formativos de qualificação da categoria, juntamente com a necessidade de incorporação de novas tecnologias leve-duras podem favorecer as experiências exitosas em saúde e a produção do conhecimento. O impacto social da produção científica deve promover mudanças satisfatórias e necessárias à prevenção das doenças crônicas não

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

transmissíveis, em especial àquelas relacionadas aos saberes, opiniões e comportamentos frente à diabetes mellitus gestacional, elevando a assistência de Enfermagem ao patamar merecido.

REFERÊNCIAS

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes--2010. Diabetes Care. 2010;33(Suppl 1):S11S61. https://doi.org/10.2337/dc10-S011.

2. Jang EH, Kwon HS. β-Cell dysfunction and insulin resistance in gestational glucose intolerance. Korean J Intern Med. 2013;28(3):294–296. https://doi.org/10.3904/kjim.2013.28.3.294.

3. Ozuguz U, Isik S, Berker D, Arduc A, Tutuncu Y, Akbaba G, Gokay F, et al. Gestational diabetes and subclinical inflammation: evaluation of first year postpartum outcomes. Diabetes Res Clin Pract. 2011;94(3):426–433. https://doi.org/10.1016/j.diabres.2011.08.024.

4. American Diabetes Association. 13. Management of diabetes in pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes-2018. Diabetes Care. 2018;41(Suppl 1):S137– S143. https:// doi.org/10.2337/dc18-S013.

5. Paulino TS, Silva HD, Medeiros SM, Pereira FC, Nelson ICS, Alves IMF. Cuidados de enfermagem na consulta de pré-natal à gestante diagnosticada com diabetes gestacional. Revista Humano Ser –UNIFACEX [Internet]. 2016 [acesso em 30 jul 2021];1(1):13-23. Disponível em: https://periodicos.unifacex.com.br/humanoser/article/view/798

6. Guerra JVV, Alves VH, Valete COS, et al. Diabetes gestacional e assistência pré-natal no alto risco. Rev enferm UFPE online [Internet]. 2019 fev [acesso em 30 jul 2021];13(2):449-54. Disponível em:https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1010227

CAPÍTULO I

A IMPORTÂNCIA DO DOMÍNIO DA TÉCNICA DE ULTRASSONOGRAFIA PARA O DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRIOSE PROFUNDA

Ana Paula de Oliveira Silveira[6]; Astrid Boller[7]; Celise Martins Sant'Ana[8];
Letícia Aquino Sousa[9]; Luis Henrique Santana Luz[10];
Sofia Helena Marques Rocha[11].
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-01

RESUMO:
Objetivos: Demonstrar por meio de revisões bibliográficas, a relevância da realização do exame de imagem, sobretudo a ultrassonografia transvaginal e pélvica, para o diagnóstico da endometriose profunda, enfatizando seu preparo adequado e sua execução por um médico capacitado. Relato de Experiência: J.O.S. de 28 anos, procurou ambulatório de ginecologia, com dismenorreia há dez anos, com piora progressiva. Iniciou tratamento usando anticoncepcional oral combinado, com melhora parcial e subsequente piora. Realizado vários tratamentos, sem sucesso, a fim de suspender a menstruação, com contraceptivos orais combinados, sem intervalos. A paciente continuou apresentando períodos álgicos e dispareunia. Foi submetida a inúmeras ultrassonografias sem alterações significativas. Iniciou quadro de dor intensa, decidindo procurar um centro de referência com ultrassonografista experiente, sendo feita a ultrassonografia transvaginal e pélvica, com preparo intestinal. Assim, foram evidenciados nódulos endometrióticos profundos em alça intestinal, sendo diagnosticada com endometriose profunda. Considerações Finais: Entende-se endometriose profunda como uma lesão penetrante na parede de órgãos pélvicos, intestino, bexiga e outros sítios mais distantes, tendo prevalência entre 5% a 10% da população feminina em idade reprodutiva. A clínica associada ao exame físico traz a hipótese de endometriose, mas é necessária a realização de exames auxiliares. O ultrassom transvaginal e pélvico, com preparo intestinal adequado e a ressonância magnética, são os principais métodos de imagem para detecção. O médico examinador deverá avaliar os locais mais frequentemente acometidos a fim de diagnosticar o mais precocemente possível, evitando agravamentos e iniciando o tratamento, importante para a melhora da dor e da funcionalidade da paciente.

6 Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. E-mail: silveiraanap97@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-4701-7518 http://lattes.cnpq.br/0723075548225950
7 Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. E-mail: astridboller@gmail.com ORCID: http://orcid.org/0000-0002-8855-7238
8 Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. E-mail: celisenut@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-4429-4050 http://lattes.cnpq.br/7879757356020565
9 Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. E-mail: let.aquinos@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-7441-5044
10 Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. E-mail: luis_santana@hotmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-5190-1413
11 Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. E-mail: sofiahmrocha@hotmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-7177-8296

PALAVRAS-CHAVE: Ultrassonografia. Endometriose profunda. Diagnóstico por imagem. Endometriose. Imagem por Ressonância Magnética.

THE IMPORTANCE OF MASTERING THE ULTRASOUND TECHNIQUE FOR THE DIAGNOSIS OF DEEP ENDOMETRIOSIS

ABSTRACT:
Objectives: To demonstrate by means of bibliographic reviews, the relevance of image exam, especially the transvaginal and pelvic ultrasound, for the diagnosis of deep endometriosis, emphasizing its adequate preparation and its execution by a trained doctor. Case Report: J.O.S., 28 years old, looked for a gynecology clinic, with dysmenorrhea for ten years, with progressive worsening. She started treatment using combined oral contraceptives, with partial improvement and subsequent deterioration. Several treatments were carried out, without success, in order to stop menstruation, with combined oral contraceptives, without breaks. The patient continued with painful periods and dyspareunia and was submitted to many ultrasonographic exams without changes. She started to suffer severe pain, deciding to seek a reference center with an experienced ultrasonographer. Transvaginal and pelvic ultrasound were performed, with intestinal preparation. Thus, ultrasound showed there were deep endometriotic nodules in the intestinal loop, being diagnosed with deep endometriosis. Final Considerations: Deep endometriosis is defined as a penetrating lesion in the wall of pelvic organs, intestine, bladder and other distant sites, with prevalence between 5% to 10% of the female population in reproductive age. The clinical aspects associated with the physical examination, brings the hypothesis of endometriosis, but auxiliary examinations are necessary. Transvaginal and pelvic ultrasound, with adequate intestinal preparation and magnetic resonance imaging, are the main imaging methods for detection. The examining physician should assess the most frequently affected sites in order to diagnose them as early as possible, avoiding aggravations and starting treatment, which is important for improving the patient's pain and functionality.
KEYWORDS: Ultrasonography. Deep endometriosis. Diagnostic imaging. Endometriosis. Dyspareunia. Magnetic Resonance Imaging.

INTRODUÇÃO

A endometriose é uma doença ginecológica caracterizada pela presença de tecidos e glândulas endometriais fora do útero, podendo levar a um quadro crônico.[1] Esta doença ocorre em mulheres em idade reprodutiva e muitas vezes ocasiona dores pélvicas e/ou infertilidade.[1] Alguns estudos mostram que os sinais e sintomas são inespecíficos, o que dificulta o diagnóstico, impactando na qualidade de vida dessas mulheres.[2] Somado a esses problemas, o diagnóstico e o tratamento são de custo elevado e, muitas

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

vezes, as pacientes dependem do sistema público de saúde para efetivá-lo, tornando mais arrastado esse quadro clínico.[3]

A endometriose profunda é caracterizada por lesões penetrantes na parede de órgãos pélvicos, intestino, bexiga e outros sítios mais distantes que se estendem por mais de 5 mm abaixo do peritônio.[3] Com isso, é responsável pelos sintomas dolorosos, cuja intensidade e gravidade está relacionada a localização das lesões.[2]

A prevalência da doença não está claramente estabelecida, no entanto, estima-se que afete aproximadamente 10% das mulheres na pré-menopausa e 35 a 50% das mulheres inférteis.[2,4] Entre as mulheres com endometriose, a prevalência relatada de envolvimento retrovaginal ou intestinal varia amplamente, de 5 a 25%.[4]

Dentre os fatores de risco para endometriose, os que mais prevalentes são: nuliparidade, exposição prolongada ao estrogênio endógeno, menopausa tardia, ciclos menstruais menores que 27 dias, intenso sangramento menstrual e obstrução do fluxo menstrual.[5] Para os de risco reduzido, temos os nascimentos múltiplos, intervalos prolongados de lactação e menarca tardia após os 14 anos.[5,6]

A formação da endometriose decorre da implantação e do crescimento das células endometriais, provocando como consequência, uma resposta inflamatória.[7] A patogênese da endometriose sugere ter etiologia multifatorial, como a imunidade alterada, o tecido endometrial ectópico, a sinalização endócrina aberrante, os fatores genéticos e a proliferação celular desequilibrada.[7,8]

A Teoria de Sampson ou teoria da menstruação retrógrada, a mais aceita das teorias da endometriose, observou que 90% das mulheres apresentam líquido livre na pelve em período menstrual, sugerindo, assim, que certo grau de refluxo tubário ocorra. Desse modo, as células endometriais se implantariam no peritônio e nos demais órgãos pélvicos, iniciando a doença.[9] Como apenas 10% das mulheres com fluxo retrógrado apresentam endometriose, os implantes ocorreriam pela influência de um ambiente hormonal favorável e de fatores imunológicos que não eliminariam essas células desse local impróprio.[9] Outra possível explicação para a formação de tecido fora do útero é a

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Teoria da Metaplasia Celômica em que as lesões de endometriose poderiam originar-se diretamente de tecidos normais mediante um processo de diferenciação metaplásica.[9,10] Outra explicação seria a associação da doença com o genoma, como relatado por um estudo que analisou o sequenciamento do exoma de lesões não malignas de endometriose profunda.[10,11] Neste trabalho, foram descritas mutações somáticas em 79% das lesões e mutações nos genes responsáveis pelo câncer: ARID1A, PIK3CA, KRAS e PPP2R1A em 26%.[10] A natureza agressiva das lesões profundamente invasivas, quando comparadas às lesões peritoneais superficiais, pode ser parcialmente explicada devido a presença de mutações condutoras de câncer em células não malignas.[10] Além disso, essas mutações foram encontradas apenas nas células epiteliais, mas não no estroma, o que sugere uma pressão seletiva única. No entanto, no que tange às possíveis causas de endometriose profunda, mais estudos são imprescindíveis para elucidar o papel desses genes e alterações gênicas que ocorrem.[10, 11]

Um estudo observacional prospectivo de 1101 pacientes consecutivos com endometriose confirmada por laparoscopia relatou que os locais mais frequentes de endometriose foram o ovário (67%), ligamentos uterossacros (46%), fossa ovariana (32%), fundo de saco de Douglas (30%) e a bexiga (21%).[12]

O pico de incidência de endometriose ocorre em mulheres de 25 a 35 anos de idade,[13] tendo dor pélvica e infertilidade como os principais sintomas, sendo que na endometriose profunda a dispareunia é um dos sintomas mais prevalentes. Em um estudo com 1.000 mulheres com endometriose, aproximadamente 80% apresentaram dor, 25% com infertilidade e 20% com endometrioma.[13,14] Já em outro estudo de coorte incluindo mais de 600 mulheres com endometriose, nota-se sintomas menos específicos, como uma síndrome visceral que incluía dor abdominal (sem relação com a menstruação), disúria, tenesmo, constipação ou diarreia, sangramento irregular, náusea ou vômito e fadiga.[14] Além disso, um médico qualificado para realizar um exame físico minucioso consegue identificar fatores que contribuem para a investigação do diagnóstico e

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

complementar como sensibilidade no exame vaginal, nodulações principalmente em fundo de saco, massas anexiais e em áreas de incisão cesárea.[14]

O período diagnóstico da endometriose tende a ser arrastado, com uma média de cinco a dez anos entre o início dos sintomas referidos e o diagnóstico definitivo. A endometriose é diagnosticada de forma definitiva por meio de biópsia histopatológica da lesão e embora a confirmação por imagem tenha valor diagnóstico para alguns especialistas, ela é limitada.[15] A suspeita clínica associada ao exame físico são importantes no diagnóstico presuntivo, além de diferenciar o grupo de alto risco, que é aquele que apresenta um quadro clínico mais florido e passará por procedimentos diagnósticos mais detalhados, como os exames de imagem. Os locais mais comuns de acometimento da endometriose são os ovários, fundo de saco anterior e posterior, ligamentos útero-sacrais, útero, trompas uterinas, cólon sigmóide e apêndice e ligamentos redondos.[15]

Dentre os métodos de imagem, a endometriose pode ser evidenciada por meio de ultrassonografia transvaginal e ressonância magnética. O único exame laboratorial com potencial diagnóstico para endometriose moderada a grave é o biomarcador sérico CA-125, porém, apresenta baixa sensibilidade.[16]

As ultrassonografias (USG) transvaginal e pélvica são os primeiros exames complementares de escolha para avaliação de pacientes com suspeita clínica de endometriose, devido a fácil acessibilidade, inocuidade e baixo custo. As ultrassonografias, tanto transvaginal quanto a transretal, com preparo intestinal adequado, são consideradas os testes diagnósticos e de estadiamento de primeira linha, apesar da dependência de um profissional médico operador experiente para a identificação da endometriose. A preferência da aplicabilidade da USG transvaginal ocorre devido a transretal ser menos tolerada pelas pacientes e outros possíveis sítios de lesões pélvicas serem mais facilmente identificados pela via transvaginal.[17] Em 2016, foi proposto a realização do International Deep Endometriosis Analysis (IDEA), uma avaliação ultrassonográfica sistêmica da pelve feminina com suspeita de endometriose,

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

o objetivo do consenso é instituir os passos técnicos para o diagnóstico. Sendo por tanto dividido em quatro etapas: avaliação de útero e anexos; avaliação de *soft markers*; avaliação do comprometimento do fundo do saco de Douglas e avaliação do compartimento anterior e posterior.[18] Diversos achados ultrassonográficos podem ser sugestivos, um dos principais é o *Kissing Ovaries*, que consiste na visualização de ambos os ovários se tocando na região posterior uterina, sendo relacionado a 18,5% dos casos de endometriose em alças intestinais, contra 2,5% das pacientes sem esse achado e 92,5% dos casos de acometimento das trompas uterinas contra 33% das que não apresentam esse achado.[19] Lesões de acometimento da parede vaginal podem ocorrer com um espessamento da região hipoecoica da parede vaginal, sendo hipo ou isoecoica. Isso dificulta a percepção à primeira vista, sendo aconselhado a avaliação pormenorizada da parede vaginal. Ademais, a definição da localização precisa da lesão de endometriose é extremamente importante na programação cirúrgica, visto que lesões acometendo fórnice e septo vaginais não são visualizadas durante a laparoscopia sem a correta dissecção desses espaços.[20]

O compartimento posterior deve ser avaliado por varredura da alça intestinal e o preparo via enema pode auxiliar na identificação de lesões, mas é importante salientar a importância de um profissional experiente para a identificação. É possível visualizar um espessamento hipoecoico da camada muscular intestinal, podendo ser lesões únicas, multifocais ou multicêntricas. É de extrema importância saber estas características para determinar o tipo de ressecção cirúrgica a ser realizada. O compartimento anterior já envolve a avaliação vesical e de ureteres, nestes casos, as lesões profundas se apresentam como nódulos hipoecoicos, regulares ou irregulares, com acometimento da camada muscular e da submucosa. Nas pacientes com endometriose profunda, é importante complementar o USG transvaginal com USG pélvico para visualizar melhor os rins e avaliar uma possível hidronefrose devido a estenose ureteral por endometriose.[20]

A ressonância magnética é usualmente realizada como forma adicional para diagnóstico, é o segundo método de escolha, sendo solicitado em casos de queixas típicas

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

com resultados negativos na ultrassonografia ou em casos de lesões em andar superior de abdome ou de múltiplos sítios de lesões.[21]

Um estudo retrospectivo observacional em mulheres com endometriose profunda avaliou 63 mulheres com provável acometimento intestinal para correlacionar os achados da ultrassonografia anorretal tridimensional com os achados da ressonância nuclear magnética de pelve com preparo intestinal adequado. Os resultados da pesquisa mostraram que a ultrassonografia anorretal tridimensional mostrou ser um bom exame diagnóstico na avaliação dos compartimentos médio e posterior de lesões profundas de endometriose. Houve uma correlação entre os achados da ressonância magnética com preparo intestinal em relac ̧ão a lesões que invadem a camada muscular retal.[22]

A videolaparoscopia é considerada padrão ouro para o diagnóstico, mas é indicada muitas vezes apenas em pacientes que apresentaram exames normais e falha no tratamento clínico. Mesmo com sua superioridade diagnóstica, ela apresenta desvantagens do procedimento cirúrgico, tais como: complicações anestésicas, riscos inerentes ao próprio procedimento (dano ao órgão, hemorragia, infecções e formação de adesão) e alto custo financeiro. Entretanto, ela tem proposta de tratamento também, a depender do caso em que for realizada. Nestes casos, é feita a exérese de endometrioma concomitantemente ao diagnóstico de sua localização.[23]

Muitos dos sintomas da endometriose se sobrepõem a outras condições. Um estudo de caso-controle com mais de 5.500 mulheres com endometriose relatou sintomas de dor abdominopélvica, dismenorréia ou sangramento menstrual intenso em 20 por cento das mulheres controle, bem como em 73% das mulheres com endometriose. Dessa forma, fica evidente a sobreposição de sintomas e a necessidade de biópsia de tecido e histologia patológica para confirmar o diagnóstico e excluir outras possíveis causas. O exame ginecológico pode apresentar dor à mobilização uterina, retroversão uterina ou aumento do volume ovariano, sendo sugestivo de endometriose. Porém, estes achados não têm alta especificidade, sendo importante o diagnóstico diferencial de outras condições como síndrome do cólon irritável, doença inflamatória pélvica e cistite

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

intersticial. A clínica da paciente e os sinais do exame físico, podem ser inespecíficos e semelhantes a diversas patologias ginecológicas. Devido a falta de um sinal patognomônico, o diagnóstico da endometriose é tardio, principalmente da profunda, que não se apresenta em sítios tão comuns. Esse atraso tem consequências significativas para a progressão da doença, uma vez que impede o tratamento precoce, que é importante para a melhora dos níveis de dor, bem como para o funcionamento físico e psicológico.[23,24]

Este trabalho visa demonstrar, por meio de revisões bibliográficas, a importância da realização do exame de imagem, sobretudo da ultrassonografia transvaginal e pélvica para o diagnóstico da endometriose profunda, enfatizando a necessidade de preparo adequado e sua execução por um médico capacitado e que domine a técnica.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

J.O.S. de 28 anos, procurou ambulatório de ginecologia, com dismenorreia há dez anos, com piora progressiva, já tendo procurado vários serviços para investigar seus sintomas. Iniciou tratamento usando anticoncepcional oral combinado, com melhora parcial e subsequente piora. Realizado vários tratamentos, sem sucesso, a fim de suspender a menstruação, inclusive com contraceptivos orais combinados, sem intervalos e contraceptivos progestagênicos intramusculares. A paciente continuou apresentando períodos álgicos e dispareunia, além da menstruação não ter cessado. Realizou inúmeras ultrassonografias, sem conseguir concluir o diagnóstico. Iniciou quadro álgico mais intenso, decidindo, portanto, procurar um especialista experiente para realizar a ultrassonografia e tratar a endometriose. Foi realizada a ultrassonografia transvaginal e pélvica, com preparo intestinal. Assim, foram evidenciados nódulos endometrióticos profundos em alça intestinal, sendo diagnosticada com endometriose profunda.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

IMAGEM 1: USG transvaginal com preparo intestinal

LEGENDA: Presença de área nodular hipoecogênica em parede do sigmóide.[19,20]

IMAGEM 2: USG transvaginal com preparo intestinal

LEGENDA: Nódulo hipoecóico com contornos irregulares acometendo parede do sigmóide, com pequena área de infiltração na mucosa.[19,20]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Diante do exposto, a endometriose profunda pode ser definida como uma lesão que penetra no espaço retroperitoneal ou na parede dos órgãos pélvicos, com uma profundidade de 5 mm ou mais. Acredita-se haver uma prevalência dessa doença entre 5% a 10% da população feminina em idade reprodutiva. Além disso, a suspeita clínica vinculada ao exame físico pode levar à suspeição de endometriose, todavia é fundamental a utilização de ferramentas diagnósticas auxiliares, o que pode demorar a concluir-se um diagnóstico definitivo. O ultrassom pélvico e transvaginal com preparo intestinal e a ressonância magnética são os principais métodos por imagem para detecção e estadiamento da endometriose e deverão ser aplicados por profissionais especialistas em interpretar corretamente estes exames.

O médico deverá contemplar em sua avaliação o útero, a região retro e a paracervical, os ligamentos redondos e os uterossacros, o fórnice vaginal posterior, do septo retovaginal, o retossigmoide, o apêndice, o ceco, o íleo terminal, a bexiga, os ureteres, os ovários, as tubas e as paredes pélvicas, que são locais mais frequentes da doença. É importante salientar que os exames de imagem especializados são muito eficientes na detecção e no estadiamento de lesões profundas. A videolaparoscopia é indicada para o diagnóstico apenas em pacientes que apresentam exames normais e falhas no tratamento conservador.

O tratamento clínico é eficaz no controle da dor pélvica e deve ser o tratamento de escolha na ausência de indicações absolutas para cirurgia e para dar alívio dos sintomas álgicos e para a melhoria da qualidade de vida, não se esperando diminuição das lesões ou cura da doença, mas sim o controle do quadro clínico. Como pode ser exemplificado no relato de experiência, a paciente havia realizado diversos tratamentos clínicos que não traziam resolução da dor, do desconforto pélvico e da dismenorreia, demonstrando a necessidade de uma investigação minuciosa do seu quadro. Assim, a procura por um médico experiente em endometriose e na técnica de exames de imagens foi essencial para identificar os locais de acometimento mais profundos e de difícil visualização das lesões.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

No caso apresentado, os endometriomas estavam presentes em alça intestinal, que não seriam identificados sem o preparo intestinal adequado. Desta forma, é possível afirmar que a lentidão para se determinar um diagnóstico definitivo prejudica a qualidade de vida do paciente. Além desse entrave, a endometriose profunda, é muito subdiagnosticada por ser uma doença complexa com um exame clínico, muitas vezes inespecífico. Portanto, é relevante que as pacientes procurem por médicos especializados em endometriose e na técnica de imagem, para diagnosticá-las adequadamente, modificando o prognóstico da doença.

REFERÊNCIAS

1. Mendonça Carneiro, M., de Sousa Filogônio, I., Pyramo Costa, L., de Ávila, I. and França Ferreira, M., 2013. Clinical Prediction of Deeply Infiltrating Endometriosis before Surgery: Is It Feasible? A Review of the Literature. BioMed Research International, 2013, pp.1-8.

2. Shafrir AL, Farland LV, Shah DK, et al. Risco e consequências da endometriose: Uma revisão epidemiológica crítica. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.2018; 51: 1

3. Cardoso Jéssica Vilarinho, Machado Daniel Escorsim, Silva Mayara Calixto da, Berardo Plínio Tostes, Ferrari Renato, Abrão Maurício Simões et al. Epidemiological profile of women with endometriosis: a retrospective descriptive study. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2020 Dec [cited 2021 May 10]; 20 (4): 1057-1067.

4. Cardoso JV, Abrão MS, Vianna-Jorge R, Ferrari R, Berardo PT, Machado DE, Perini JA. Efeito combinado do fator de crescimento endotelial vascular e seus polimorfismos receptores na endometriose: um estudo caso-controle. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017; 209: 25-33.

5. Harris H, Wieser F, Vitonis A. Abuso na infância e risco de endometriose. Hum Reprod. 2018. p. 33: 1657.

6. Nnoaham K, Hummelshoj L, Webster P, d'Hooge T, deCiccoNardone F, de Cicco Nardone C. Consórcio Estudo Global da Fundação de Pesquisa de Endometriose Mundial de Saúde da Mulher. Reimpressão de: Impacto da endometriose na qualidade de vida e produtividade no trabalho: um estudo multicêntrico em dez países. Fertil Steril. 2019. p. 112 (4S1, Suplemento 1) e137-e152.

7. Zondervan K, Becker S, Missmer C. Endometriosis. N Engl J Med. 2020. 2020. p. 382 (13): 1244-56.

8. Chapron C, Lang J, Leng J, Zou Y, Zhang X, Xue M, et al. Factors and regional differences associated with endometriosis: a multicountry, case-control study. Adv Ther. 2016. p. 33(8):1385- 407

9. Sampson J. Endometriose peritoneal devido à disseminação menstrual de tecido endometrial para a cavidade peritoneal. Am J Obstet Gynecol. 1927. p. 14: 422.

10. Anglesio M, Papadopoulos N, Ayhan A. Mutações associadas ao câncer em endometriose sem câncer. N Engl J Med. 2017. p. 376: 1835.

11. Daraï E, Cohen J, Ballester M. Colorrectal endometriosis and fertility. Eur J Obstet Gynecol Reprod Bio. 2017. p. 209:86-94.

12. Audebert A, Petousis S, Margioula-Siarkou C. Distribuição anatômica da endometriose: uma reavaliação baseada em uma série de 1101 pacientes. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2018. p. 230: 36.

13. Viganò P, Parazzini F, Somigliana E, Vercellini P. Endometriosis: epidemiology and aetiological factors. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2004; 18:177.

14. Sinaii N, Plumb K, Cotton L, Lambert A, Kennedy S, Zondervan K, et al. Differences in characteristics among 1,000 women with endometriosis based on extent of disease. Fertility and Sterility. 2008;89(3):538-45.

15. Podgaec S, Caraça DB, Lobel A, Bellelis P, Lasmar BP, Lino CA, et al. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Ginecologia, no. 32/ Comissão Nacional Especializada em Endometriose).

16. Holowaty P, Miller AB, Rohan T, To T. Natural history of dysplasia of the uterine cervix. J Natl Cancer Inst. 1999;91(3):252-8. doi:10.1093/jnci/91.3.252.

17. Reid S, Lu C, Condous G. Can we improve the prediction of pouch of Douglas obliteration in women with suspected endometriosis using ultrasound-based models? A multicenter prospective observational study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2015;94(12):1297-306. doi: 10.1111/aogs.12779.

18. Guerriero S, Condous G, van den Bosch T, Valentin L, Leone FP, Van Schoubroeck D, et al. Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements: a consensus opinion from the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group. Ultrasound Obstet Gynecol. 2016;48(3):318-32. doi: 10.1002/uog.15955

19. Craig EV, Shannon LM, Andreotti RF. The complementary role of ultrasound and magnetic resonance imaging in the evaluation of endometriosis: a review. Ultrasound Q. 2020;36(2):123-32. doi: 10.1097/RUQ.0000000000000458

20. Abrão MS, Petraglia F, Falcone T, Keckstein J, Osuga Y, Chapron C. Deep endometriosis infiltrating the recto-sigmoid: critical factors to consider before management. Hum Reprod Update. 2015;21(3):329-39. doi: 10.1093/humupd/dmv003

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

21. Bazot, M., Bharwani, N., Huchon, C., Kinkel, K., Cunha, T., Guerra, A., Manganaro, L., Buñesch, L., Kido, A., Togashi, K., Thomassin-Naggara, I. and Rockall, A., 2016. European society of urogenital radiology (ESUR) guidelines: MR imaging of pelvic endometriosis. European Radiology, 27(7), pp.2765-2775

22. Tomiyoshi Murilo Masanobu, Lima Doryane Maria dos Reis, Kurachi Gustavo, Sagae Univaldo Etsuo, Emori Fabiano, Bazzano Barbara. Correlação entre achados de ressonância magnética nuclear e ultrassonografia anorretal 3D em pacientes com suspeita de endometriose profunda. J. Coloproctol. (Rio J.); 2020;40 (3): 243-246.

23. Rosa e Silva JC, Valerio FP, Herren H, Troncon JK, Garcia R, Poli Neto OB. Endometriose – Aspectos clínicos do diagnóstico ao tratamento. Femina. 2021;49(3):134-41.

24. Oliveira JGA, Bonfada V, Zanella JFP, Coser J. Ultrassonografia transvaginal na endometriose profunda: ensaio iconográfico. Radiol Bras. 2019 Set/Out;52(5):337–341.

CAPÍTULO II

A PREVALÊNCIA DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA GESTAÇÃO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Amanda Taynã Bento Pereira[12]; Jéssica Aparecida Laurentino[13];
Thalita Rodrigues Pedroso[14]; Yasmin Peterman Fernandes[15];
Maria Rita Martins da Rocha[16].
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-02

RESUMO:
Introdução: No corpo existem estruturas ósseas, musculares e fáscias no qual constituem a formação do assoalho pélvico, que, no entanto, faz toda a sustentação desse conjunto, além de ter grande papel na continência urinária e fecal. Na fase da gestação o corpo da mulher vive em constantes modificações, tanto físicas como psíquicas que prepara o organismo para a geração do feto. As alterações físicas levam a compressão sobre a bexiga, no qual começam a proporcionar sintomas urinários e aumentar a frequência de suas necessidades fisiológicas. O período gestacional é divido em três trimestres. O escape de urina provoca um desconforto que interfere na Qualidade de Vida e devido a gestação pode haver uma piora. Objetivo: Avaliar e analisar a prevalência da IU nos três trimestres gestacionais e a QV das gestantes. Métodos: Participaram desta pesquisa 25 gestantes, onde foram avaliadas através dos questionários durante o mês de setembro, todas terças-feiras no período da manhã, os questionários foram aplicados a fim de mensurar a Incontinência Urinária e Qualidade de Vida através de seus domínios. Conclusão: Conclui-se que o presente estudo verificou um déficit maior de Incontinência Urinária no terceiro trimestre gestacional, e com isso concluímos que teve um impacto negativo maior na Qualidade de Vida no primeiro trimestre gestacional.
PALAVRAS-CHAVE: Assoalho Pélvico. Fisioterapia. Gestação. Incontinência Urinária. Qualidade de Vida.

THE PREVALENCE OF URINARY INCONTINENCE IN PREGNANCY AND QUALITY OF LIFE ASSESSMENT

ABSTRACT:
Introduction: In the body there are bone, muscle and fascia structures in which they form the formation of the pelvic floor, which, however, makes all the support for this set, in

12 Discente do curso de Fisioterapia da Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4510627496751768
13 Discente do curso de Fisioterapia da Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0129158013663560
14 Discente do curso de Fisioterapia da Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7088078182594959
15 Discente do curso de Fisioterapia da Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9513160787931316
16 Docente do curso de Fisioterapia Da Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-2729-5964. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4949284451055002. E-mail: mariarita.martiins@gmail.com

addition to playing a major role in urinary and fecal continence. During pregnancy, the woman's body is constantly changing, both physically and psychically, which prepares the body for the generation of the fetus. Physical changes lead to compression on the bladder, in which they begin to provide urinary symptoms and increase the frequency of their physiological needs. The gestational period is divided into three quarters. The leakage of urine causes discomfort that interferes with Quality of Life and due to pregnancy there may be a worsening. Objective: To evaluate and analyze the prevalence of UI in the three gestational trimesters and the QoL of pregnant women. Methods: 25 pregnant women participated in this research, where they were evaluated through the questionnaires during the month of September every Tuesday in the morning, the questionnaires were applied in order to measure Urinary Incontinence and Quality of Life through their domains. Conclusion: It is concluded that the present study found a greater deficit of Urinary Incontinence in the third gestational trimester, and with that we conclude that it had a greater negative impact on Quality of Life in the first gestational trimester.
KEYWORDS: Pelvic Floor. Physiotherapy. Pregnancy. Urinary Incontinence. Qualityof Life.

INTRODUÇÃO

As estruturas ósseas do quadril denominadas pelve, são interligadas por ligamentos, fáscias e a musculatura do assoalho pélvico e tem como função a sustentação da bexiga e da uretra, e apoia as vísceras em posição vertical (PEREZ, 2018). Além da sustentação dos órgãos abdominais, pélvicos e vísceras, as principais funções é a participação na continência fecal e urinária. As camadas que constituem o assoalho pélvico são: fáscia pélvica, levantador do ânus e o esfíncter externo anal (GOUVEIA et. al., 2014).

Os essenciais componentes no qual constituem este conjunto, o diafragma pélvico inferior e superior e o urogenital (septos vesicovaginal e retovaginal), tem como função interligar os dois diafragmas, com a região perineal e o cóccix, e com isso, os músculos levantador do ânus, que se divide em músculos: coccígeo, iliococcígeo, pubococcígeo e puborretal que fazem parte do revestimento desta musculatura, tanto superior quanto inferior, os quais geram uma sustentação das estruturas (CASTRO, 2017). Além disso, existem alguns tipos de fibras musculares no qual determinam o tipo

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

de contração desta musculatura, que pode ser tipo I: (contração lenta e resistente a fadiga, tônica), II- (contração rápida, não apresenta muita resistência e chega à fadiga mais rápido, conhecida também como fáscia) (DINIZ et al., 2014).

É possível classificar a gestação como uma fase inigualável na vida da mulher, e devido ao período gestacional, ocorrem diversas alterações em seu corpo como: hormonais, físicas e psíquicas, consideradas modificações individuais e complexas que variam de mulher para mulher, a qual prepara o organismo da mesma para geração do feto (COSTA et al., 2010). Nessa fase, ocorre um desenvolvimento contínuo do útero, ou seja, o útero em constante crescimento gera uma protusão abdominal, que estimula a mudança do centro gravitacional, e devido à excreção dos hormônios: relaxina e estrogênio, acontece uma frouxidão ligamentar e, consequentemente, o aumento da lordose lombar (SANTOS et al., 2016).

A gestação é dividida em 3 períodos chamados trimestrais, cada um tem sua função e característica. Logo no primeiro trimestre acontece a divisão celular que vai transformar o óvulo fecundado em um embrião, com isso virão os enjoos, vômitos, sensibilidade nos seios, cansaço e sonolência, entretanto em alguns casos os sintomas podem permanecer até o final do terceiro trimestre. No 2º trimestre todo sistema do feto é concluído e suas principais estruturas estão formadas. No terceiro trimestre o feto irá ganhar mais peso e crescer, enquanto o corpo da mulher se prepara para o nascimento do bebê (MACEDO et al.,2016).

Os Trimestres Gestacionais são divididos em semanas, ou seja, da 1º a 13º semanas, considera-se como 1º Trimestre; 14º a 27º semanas, considera-se como 2º Trimestre; e de 28º a 40º semanas, considera-se como 3º Trimestre. (ANDRADE, 2011).

A pressão nos músculos do assoalho pélvico aumenta durante a gestação devido um acréscimo da massa corporal e do útero gravídico (MOCCELLIN et al., 2016). Dentre as alterações que ocorrem com a gestante é possível citar a mudança no trato genital e no sistema urinário da mulher, além de fatores mecânicos e hormonais que propiciam os sintomas urinários, que faz com que a gestante apresente uma vontade

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

maior de frequentar o banheiro. Muitas mulheres no período gestacional que apresentam a IU não procuram ajuda, por acharem que com o tempo não irão mais apresentar esse quadro (LOPES et al., 2010). Alterações de todo esse segmento podem ocasionar Incontinência Urinária (IU), e prolapsos de órgãos pélvicos, durante a gestação por ocorrer uma pressão uterina, que promove uma compressão sobre a bexiga, o qual faz com que a capacidade vesical da gestante seja diminuída de maneira significativa, torna-se um motivo para modificação da sua Qualidade de Vida (QV) (MOCCELLIN et al., 2014).

A perda involuntária de urina é um problema que afeta pessoas de ambos os sexos e em diferentes faixas etárias, provoca um desconforto e, muitas vezes, interfere nas atividades diárias destes indivíduos. A ocorrência da IU também é bastante comum durante o período gestacional, pois se sabe que neste período há uma sobrecarga muito grande sobre os músculos do assoalho pélvico, o que possivelmente pode ser a causa de tal disfunção nesta população. Desta forma se faz importante a realização de uma avaliação para verificar o nível de IU que estas gestantes apresentam (MELO et al., 2012).

Pode-se definir a IU como à perda involuntária de urina, a qual pode ocorrer devido esforços ao tossir, carregar peso, realizar atividades físicas, vida sexual e entre outros fatores. A IU pode surgir por um enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico, dentre as classificações observa-se à Incontinência Urinária de Urgência (IUU), na qual ocorre contração vesical com o aumento de urina, que pode acarretar o escape de forma espontânea ou a partir de um estímulo. Na Incontinência Urinária de Esforço (IUE), ocorre uma pressão intra-abdominal que desencadeia a perda urinária involuntária devido à fraqueza do músculo detrusor. Já na Incontinência Urinária Mista (IUM) ocorrem alterações presentes na IUU e IUE (FELISBERTO, 2018).

Dentre os tratamentos da IU podem-se citar procedimentos cirúrgicos e fisioterapêuticos. As cirurgias invasivas são indicadas em alguns casos de IUE, entretanto, não são todas as mulheres que podem realizar. Em contrapartida a fisioterapia

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

tem sido indicada como tratamento inicial, entre eles, exercícios de fortalecimento pélvicos, que são os mais indicados para esse tipo de problema, além do trabalho que pode ser feito com os cones vaginais e a eletroestimulação, que apresentam como benefícios desses tratamentos o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico para obter melhoras da musculatura perineal. A IU não faz com que a mulher tenha risco de vida, mas mexe com seu psicológico e em alguns casos altera a qualidade de vida, que leva aos incômodos com mau cheiro, mal-estar e até mesmo um isolamento social (HENKES *et al.*, 2015).

Define-se a QV como uma condição de bem estar e conforto imposta pela sociedade, relacionada ao bem estar físico, social, cultural e econômico (PEREIRA et al., 2012). Um dos fatores que pode influenciar na mudança da QV, é a IU, devido ao efeito negativo da perda de urina, que provoca disfunções psicológicas, emocionais, sociais e disfunções físicas (FERNANDES et al., 2014).

Diante dessa abordagem introdutória na qual expôs os aspectos que envolvem a realidade da IU em gestante e os possíveis benefícios da fisioterapia no levantamento de dados têm-se o seguinte objetivo: Avaliar e analisar a prevalência da IU nos três trimestres gestacionais e a QV das gestantes.

METODOLOGIA

DELINEAMENTOS DA PESQUISA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa transversal, com levantamento de dados, de forma quantitativa. De acordo com Jacobsen (2017), a análise transversal é definida como um estudo observacional, ou seja, uma coleta de dados em um determinado período de tempo. E a pesquisa quantitativa é um método que se baseia em números e cálculos matemáticos, que todos os dados coletados na pesquisa são expressados em números, tendo como principal função mensurar as relações entre as variáveis.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

ASPECTOS ÉTICOS

As participantes foram convidadas a colaborar com o presente estudo, no qual foi explicado o objetivo de cada questionário e foi iniciado após a concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE convida as mesmas para participarem do presente estudo de forma voluntária, garantido que as respostas dos questionários foram usadas apenas para formulação de dados do presente estudo e que seus dados foram mantidos em sigilo. E em relação às menores de idade, no TCLE consta a assinatura do responsável.

LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

O presente estudo foi realizado em ambiente ambulatorial, no posto Central de Saúde I, conhecido como Postão, na cidade de Ourinhos/SP, com autorização da Secretária de Saúde do município de Ourinhos/SP, Cássia C. Borges Palha, por um Termo de Autorização Institucional, o termo citado acima enfatiza os objetivos do presente estudo para aplicação dos questionários nas gestantes, abrange a situação atual das alunas perante a faculdade e pede autorização da responsável pelo Posto Central de Saúde I, secretária de saúde Cassia Palhas. Os questionários foram aplicados com as gestantes durante todo o mês de setembro/2020, em todas as terças-feiras do mês, no período da manhã e tarde quando necessário. As mesmas responderam os questionários apenas uma vez, pois foram à consulta uma vez ao mês, só as gestantes que estavam com mais de 35 semanas foram à consulta toda semana.

PARTICIPANTES

Foi utilizado como inclusão gestante em todos os períodos gestacionais, residentes na cidade de Ourinhos e que realizam acompanhamento pré-natal no posto Central de Saúde I na cidade de Ourinhos/SP. Os critérios de exclusão do estudo foram: nível de escolaridade e alfabetização.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Os dados das participantes foram coletados por meio dos questionários King's Health Questionnaire (KHQ) e o Teste International Consultationon Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF). As participantes foram abordadas antes da consulta para acompanhamento do pré-natal, no qual foi perguntado se a mesma apresentava interesse em participar do estudo, em seguida, foi explicado a todas as participantes sobre o termo de consentimento, utilização dos dados e o assunto abordado nos questionários. As participantes responderam os questionários sem ajuda e sem a necessidade das pesquisadoras responsáveis pela aplicação tivesse que ler para as mesmas, as estudantes só explicavam o questionário e tiravam dúvidas que surgiam.

INSTRUMENTOS DE COLETA

●Teste de KHQ (King's Health Questionnaire): O questionário de KHQ é composto por 21 perguntas que são divididas em oito domínios: Percepção Geral de Saúde, Limitações das Atividades Diárias, Limitações Físicas, Limitações Sociais, Relações Pessoais, Emoções, Sono e Disposição e Medidas de Gravidade. Além disso, contêm duas escalas de avaliação independente, uma é utilizada para avaliar a gravidade da IU e a outra avalia a intensidade e persistência dos sintomas urinários. Ao final de cada domínio temos uma pontuação de 0 a100 e quanto maior o escore, pior vai ser a QV daquele domínio (TAMANINI et al., 2003). Essas perguntas representam o conhecimento à saúde, as dificuldades em realizar as atividades de vida diária, as consequências da IU, as limitações físicas, relacionamentos pessoais, as emoções o sono/energia e também as proporções da gravidade do paciente. Também há um local para o participante descrever qualquer outro problema relacionado, que ela possa querer relatar e que não se encaixe nas perguntas já sugeridas no questionário (FONSECA et al., 2005).

●Teste International Consultationon Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF): Trata-se de um questionário em português, chamado ICIQ-SF (Internation

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Consultionon Incontinence Questionnaire- Short Form), o seguinte questionário avalia a IU, a gravidade da perda urinária e a QV das participantes estudadas (CARVALHO et al., 2014). Esse questionário é composto ao todo por seis questões diferenciadas, ordenadas em: a data de nascimento, sexo, frequência das perdas de urina, quantidade de urina que o indivíduo perde, o quanto essa perda interfere na vida diária desses indivíduos e em que momento isso costuma acontecer, para as questões 3, 4 e 5, uma pontuação parcial era dada e a pontuação total é gerada através da somatória dos resultados obtidos nessas três questões que podem varia de 0 a 21 pontos, no qual 21 a pontuação máxima e qualifica uma pior QV (RODRIGUES et al., 2016). E o impacto causado pela IU na vida diária é definido de acordo com a questão 5, que é dividida em Nada (0 pontos); Leve (1-3 pontos); Moderado (4-6 pontos); Grave (7-9 pontos); e Muito Grave (10 pontos) (SILVA; D'ELBOUX, 2012).

PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DE DADOS

Os resultados serão apresentados em forma de tabelas e gráficos explicativos, formulados nos programas Word e Excel, por autoria própria (2020), para melhor entendimento em relação às respostas obtidas nos questionários.

RESULTADOS

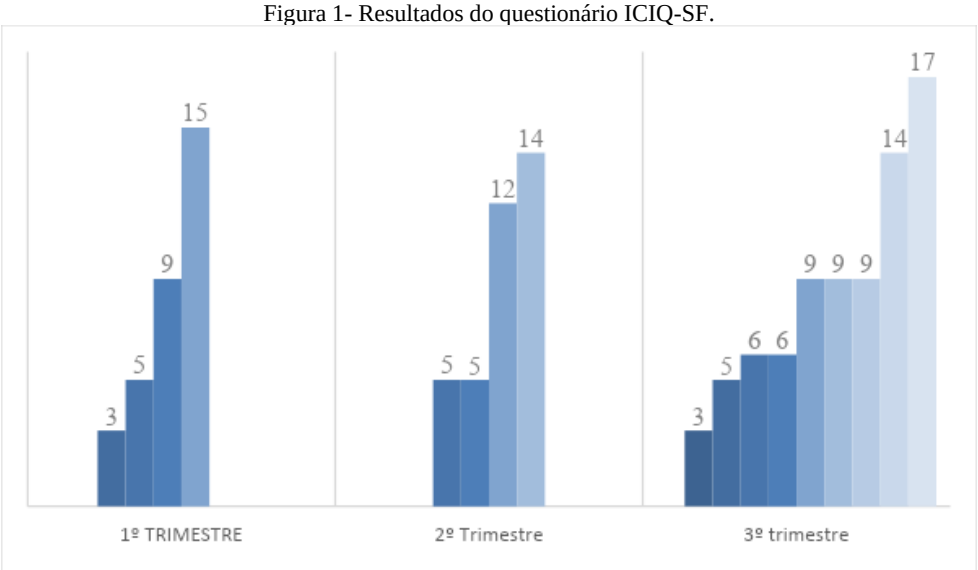
Foram abordadas 25 mulheres gestantes entre o 1º, 2º e 3º trimestre de gestação, porém 2 gestantes se recusaram a responder por motivos pessoais. Entre as 23 gestantes as idades variaram de 15 a 41 anos, e as participantes que aceitaram responder os questionários, 6 estão no primeiro trimestre gestacional, 7 no 2º trimestre gestacional e 10 no terceiro trimestre.

Os resultados foram expressos em gráficos e tabelas, pode-se observar uma grande diferença entre os três trimestres gestacionais. A prevalência de IU nas gestantes foi maior no 3º trimestre, devido a da alta pressão que ocorre na musculatura do assoalho pélvico.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

A figura 1, representa os resultados do questionário ICIQ-SF. Cada barra apresentada no gráfico simboliza uma participante, bem como o resultado que apresentou no questionário ICIQ-SF. Quanto maior o resultado, maior a gravidade da IU. No 1º Trimestre, 33% das participantes apresentaram a pontuação 0, classificado em nada; 17% das participantes apresentaram a pontuação 3, classificado em leve; 17% das participantes apresentaram a pontuação 5, classificado em moderado; 17% das participantes apresentaram a pontuação 9, classificado em grave; e 17% das participantes apresentaram a pontuação 15, classificado em muito grave.

Figura 1- Resultados do questionário ICIQ-SF.



Fonte: Autoria própria (2020).

No 2º Trimestre, 43% das participantes apresentaram a pontuação 0, classificado em nada; 29% das participantes apresentaram a pontuação 5, classificado em moderado; 15% das participantes apresentaram a pontuação 12, classificado em muito grave; e 15% das participantes apresentaram a pontuação 14, classificado em muito grave.

No 3º Trimestre, 10% das participantes apresentaram a pontuação 0, classificado em nada; 10% das participantes apresentaram a pontuação 3, classificado

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

em leve; 10% das participantes apresentaram o resultado 5, classificado me moderado; 20% das participantes apresentaram a pontuação 6, classificado em moderado; 30% das participantes apresentaram a pontuação 9, classificado em grave; 10% das participantes apresentaram a pontuação 14, classificado em muito grave; e 10% das participantes apresentaram a pontuação 17, classificado em muito grave.

Na tabela 1 observa-se a porcentagem por trimestre da frequência de perda de urina pelas participantes, opções de alternativas citadas no questionário KHQ.

As mulheres que estão no 2º trimestre apresentaram uma maior porcentagem na frequência "nunca", já na frequência "1 vez por semana", as mulheres que estão no 1º trimestre se sobressaíram, porém, a maior porcentagem na frequência "o tempo todo" está entre as mulheres do 3º trimestre.

Tabela 1- Frequência da perda de urina de acordo com o questionário KHQ.

FREQUÊNCIA	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
Nunca	33%	43%	10%
1 vez por semana	33%	14%	20%
2/3 vezes na semana	17%	-	10%
Diversas vezes ao dia	17%	29%	10%
Uma vez ao dia	-	14%	20%
O tempo todo	-	-	30%

Fonte: Autoria própria (2020).

Na tabela 2, observa-se a quantidade de urina perdida pelas participantes foram "uma pequena quantidade", opções citadas no questionário KHQ.

Nota-se que a maior porcentagem de mulheres que apresentaram "nenhuma perda urinária" está entre as mulheres do 2º trimestre gestacional. Já com "uma moderada quantidade" foram as mulheres do 3º trimestre, as quais que apresentaram uma maior porcentagem e "uma grande quantidade". Já a maior porcentagem se encontra entre as mulheres do 1 º trimestre.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Tabela 2- Quantidade de perda de urina conforme o questionário KHQ.

QUANTIDADE	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
Nenhuma	33%	43%	10%
Uma pequena quantidade	50%	43%	50%
Uma moderada quantidade	-	14%	40%
Uma grande quantidade	17%	-	-

Fonte: Autoria própria (2020).

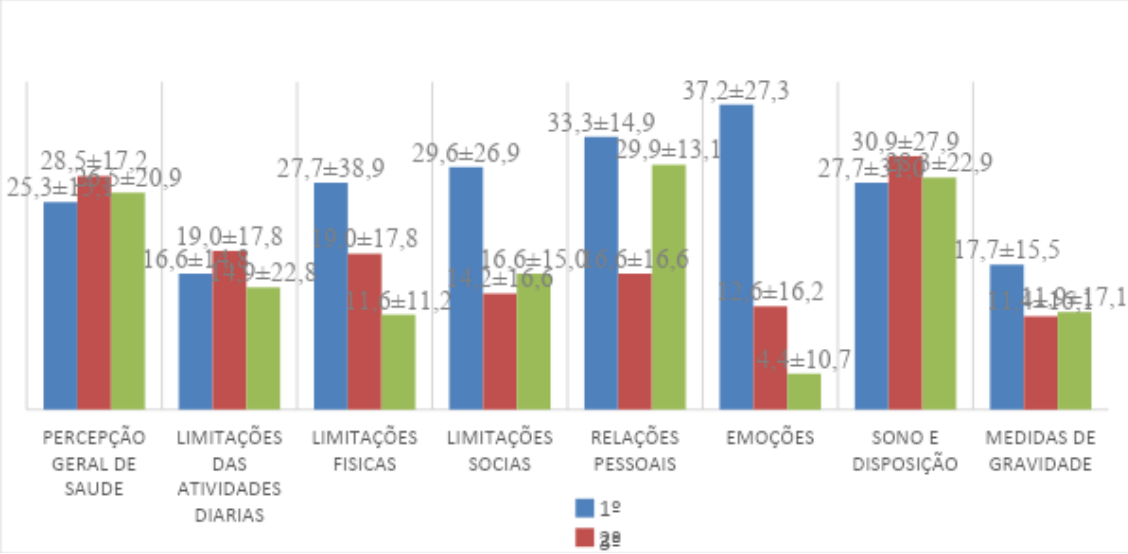
O gráfico 3 foi dividido com os domínios do questionário KHQ, Percepção Geral de Saúde, Limitações das Atividades Diárias, Limitações Físicas, Limitações Sociais, Relações Pessoais, Emoções, Sono e Disposição e Medidas de Gravidade. O mesmo está dividido em três barras, azul 1º trimestre gestacional, vermelho 2º trimestre gestacional e verde 3º trimestre gestacional.

Os resultados foram apresentados em Média e Desvio Padrão e de acordo com o escore do questionário KHQ, pode observar que, quanto maior o resultado de cada domínio, pior é a QV dentro do mesmo.

No domínio Percepção Geral de Saúde, temos uma pior QV entre as participantes do 2º Trimestre de gestação; no domínio Limitações das Atividades Diárias, a maior porcentagem também está entre as participantes do 2º Trimestre; no domínio Limitações Físicas, a maior porcentagem esta entre as participantes que estão no 1º Trimestre; nos domínios Limitações Sociais, Relações Pessoais, Emoções, a maior porcentagem também está entre as participantes do 1º Trimestre; no domínio Sono e Disposição, a maior porcentagem esta entre as participantes do 2º Trimestre; e o domínio Medidas de Gravidade, a maior porcentagem está entre as participantes do 1º Trimestre. Com esses resultados pode-se observar que os trimestres que mais apresentam uma pior QV é o 1º e o 2º trimestre gestacional.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Gráfico 3- Resultados do questionário KHQ expressados em Média e Desvio Padrão.



Fonte: Autoria própria (2020).

DISCUSSÃO

Na vida da mulher a gravidez é um período de extrema preocupação, por não saber como lidar com as incertezas desse processo, portanto o acompanhamento de profissionais qualificados na consulta pré-natal é de muita importância na Unidade Básica de Saúde (UBS), conforme pontuam (PICCININI *et al.*,2012). No presente estudo, as participantes são atendidas na UBS Central da cidade de Ourinhos-SP e foram atendidas por profissionais da saúde.

Devido aos problemas que acontecem no setor de saúde pública, a IU é um dos pontos de risco mais predominantes no período gestacional, o qual tem grandes transformações anatômicas e fisiológicas no trato urinário (SACOMORI *et al*., 2013). Durante esse período de tantas mudanças no corpo da parturiente, a QV pode ser interferida negativamente, leva-se em conta a piora ao longo do período da gestação (PINHEIRO *et al*., 2017). Diante disso, foi observada, através de questionários, uma mudança geral no corpo da mulher, que inclui a IU e alterações na QV da mesma, devido aos sintomas apresentados.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Segundo Vieira e Parizotto (2013), na gravidez ocorre um aumento dos hormônios no corpo da mulher, os quais causam modificações físicas e comportamentais, com isso podemos falar da aceitação dessas modificações que ocorrem em seu corpo e, consequentemente, leva-se à ansiedade, pois no início tudo é novo e a mulher está na fase de adaptação. No presente estudo foi observado uma grande diferença nos resultados obtidos, devido a maior prevalência ter sido no 1º e 3º trimestre, dessa forma, observa-se que no 1º trimestre a mulher ainda está em fase de adaptação com seu corpo, sendo assim, tudo vem a ser novidade.

Os autores Moura e Nascimento (2018), observaram em sua pesquisa que os sintomas referidos durante a gestação acontecem em diferentes períodos e se fazem mais precoce em fase tardia, devido às alterações no centro gravitacional no período da gestação. Em decorrência das modificações fisiológicas durante a gestação, a progesterona tem como função no organismo promover o relaxamento da musculatura lisa e durante o período tardio um aumento de tensão sobre a bexiga que promove, então, os sintomas de IU. No presente estudo, observou-se uma diferença grande dos sintomas de IU no decorrer dos três períodos gestacionais, devido aos resultados dos questionários, em que no ICIQ-SF houve uma maior porcentagem no 3º trimestre e no KHQ foi apresentada no 1º trimestre.

De acordo com Magajewski *et al.* (2013), os resultados ao longo dos trimestres se mostraram significativamente diferentes. De acordo com o questionário ICIQ-SF, observou- se uma média em relação aos sintomas IU de 58,7%, já que no primeiro trimestre, identificou-se que não havia perda da urina que apresente prevalência de 55,56%, no 2º trimestre as perdas eram de urgência com resultados de 22,22% e no 3º trimestre as perdas eram devido aos esforços obtidos durante a gestação com resultado de 25%. Já no presente estudo, observa-se no 1º trimestre o resultado de 5,3%, já no 2º trimestre, observa-se o resultado de 5,1% e no 3º trimestre observa-se o resultado 7,8%, e com isso, observa-se que a maior prevalência ocorreu no 3º trimestre.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

O resultado de 70,1%, segundo o que Leroy (2011) observou, as mulheres já eram incontinentes no período gestacional, indica-se que a IU se iniciou na gestação e deu continuidade após o parto, os sintomas de perda de urina deu início na fase do terceiro trimestre, observou-se que após o parto o resultado obtido foi de 4% para mulheres com IU. No presente estudo, os resultados obtidos pelos questionários apontam que as mulheres já apresentavam sintomas desde o 1º trimestre de gestação.

De acordo com Saboia *et al*. (2017), o KHQ é um questionário que tem uma ótima confiabilidade, além de ser validado e traduzido para a língua portuguesa, é um excelente instrumento para a avaliação da IU. Em relação ao questionário KHQ, os domínios que mais se destacam no período gestacional são: sono e disposição e a limitação de atividades diárias, que prejudica a QV das gestantes (MOCCELIN *et al*., 2014). Conforme Pitangui *et al*. (2012), os domínios que tiveram mais resultados significativos foram: o impacto da incontinência, as limitações físicas e de atividades diárias, as medidas graves e as percepções da saúde, no entanto considera-se a IU um fator de extrema gravidade. Já no presente estudo, observou-se um destaque para os seguintes domínios: Percepção Geral da Saúde, Relações Pessoais, Emoções e Sono e Disposição, os quais afetam de uma maneira maior a QV das participantes.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o presente estudo verificou um déficit maior de IU no 3º trimestre gestacional, e também, constata-se que teve um maior impacto negativo na QV no 1º trimestre gestacional.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, S. R. S. Avaliação da Inicialização da marcha na gestante de baixo risco nos três trimestres gestacionais. Universidade Federal De Goiás Programa De Pós-Graduação Em Ciências Da Saúde, Goiânia, p. 1-56, 2011.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

2. CARVALHO, M. P. *et al.* O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em idosas. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, Rio de Janeiro, p. 721-730, 2014.

3. CASTRO, N. M. N. Desenvolvimento de um dispositivo intravaginal para estímulo da percepção e força muscular do assoalho pélvico: ensaio clínico randomizado. Instituto de Pesquisa & Desenvolvimento, São José dos Campos, p. 1-58, 2017.

4. COSTA, E. S. *et al.* Alterações Fisiológicas na Percepção de Mulheres Durante a Gestação. Rev. Rene, Fortaleza, v. 11, ed. 2, p. 86-93, 2010.

5. DINIZ, M. F. *et al.* Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em mulheres praticantes de Mat Pilates. Revista Terapia Manual, Fortaleza, p. 1-15, 2014.

6. FELISBERTO, A. M. S. Consulta de Enfermagem À Mulher Idosa Com Incontinência Urinária: Instrumento Para um serviço Ambulatorial. Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia, João Pessoa, p. 1-92, 2018.

7. FERNANDES, S. *et al.* Qualidade de vida em mulheres com Incontinência Urinária. Revista de Enfermagem Referência, [*s. l.*], v. 4, ed. 5, p. 93-99, 15 dez. 2014.

8. FONSECA, E. S. M. *et al*. Validação do questionário de qualidade de vida (King´s Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. Rev. Bras. Ginecol. Obstet, Rio de Janeiro, v.27, ed. 5, p.235-242, 2005.

9. GOUVEIA, P. F. *et al*. Métodos de Avaliação de Assoalho Pélvico. Revista Brasileira de Medicina, v. 70, ed. 6, p. 232-238, 13 jun. 2012.

10. HENKES, D. F. *et al.* Incontinência urinária: o impacto na vida de mulheres acometidas e o significado do tratamento fisioterapêutico. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 36, ed. 2, p. 45-56, 2015.

11. JACOBSEN, A. L. *et al.* Perfil metodológico de pesquisas elaboradas no âmbito das instituições de ensino superior brasileiras: uma análise de publicações feitas pela revista ciências da administração, 2017.

12. LEROY, L. S. Incontinência urinária no puerpério: fatores de risco e impacto na qualidade de vida. Programa de Pós-Graduação: Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, p. 1-99, 2011.

13. LOPES, D. B. M; PRAÇA, N. S. Incontinência urinária autorreferida no pós-parto. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2010, Out/Dez 19(4): 667-74.

14. MACEDO, A. A. *et al.* Estudo comparativo sobre a qualidade de vida em gestantes. Trabalho de Conclusão de Curso, Lins, p. 1-66, 2016.

15. MAGAJEWSKI, F. R. L. *et al.* Prevalência de incontinência urinária em primigestas em um hospital no sul do Brasil. Arq Catarin Med, Tubarão SC, v. 42, ed. 3, p. 54-5, jul-set 2013.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

16. MELO, B. E. S. *et al*. Correlação entre sinais e sintomas de incontinência urinária e autoestima em idosas. Rev. bras. geriatr. Gerontol, Rio de Janeiro, v. 15, ed. 1, p. 41-50, 2012.

17. MOCCELLIN, A. S; RETT, M. T; DRIUSSO, P. Existe alteração na função dos músculos do assoalho pélvico e abdominais de premigestas no 2º e 3º trimestre gestacional? Fisioter. Pesqui. 2016;23(2):136-41.

18. MOCCELLIN, A. S; RETT, M. T; DRIUSSO, P. Incontinência urinária na gestação: implicações na qualidade de vida. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, Recife, 14 (2): 147-154 abr. / jun., 2014.

19. MOURA, A. C. R; NASCIMENTO, S. L. Impacto Da Incontinência Urinária Na Qualidade De Vida De Gestantes Com Sobrepeso e Obesidade. Trabalho de Conclusão de Curso no formato da revista Fisioterapia & Saúde Funcional, Fortaleza, p. 1-22, 2018.

20. PEREIRA, E. F. *et al.* Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. Rev. bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo, v. 26, ed. 2, p. 241-250, 2012.

21. PEREZ, F. S. B. Fortalecimento Perineal Com um Novo Eletrodo Móvel na Incontinência Urinária e Disfunção Sexual. Tese de Doutorado, Brasília, p. 1-172, 2018.

22. PINHEIRO, A. V. N. *et al.* Estudo Da Prevalência De Sintomas Da Incontinência Urinária De Esforço Durante O Período Gestacional em Primigestas: Uma Revisão De Literatura. Pesquisa e Ação, [s. l.], v. 3, ed. 2, p. 1-14, 2017.

23. PICCINNI, C. A. *et al.* Percepções e Sentimentos de Gestantes sobre o Pré-natal1. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Porto Alegre, v.28, ed.1, p. 27-33, Jan-Mar 2012.

24. PITANGUI, A. C. R. *et al.* Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de idosas institucionalizadas. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, Rio de Janeiro, v. 15, ed. 4, p. 619-626,2012.

25. RODRIGUES, M. P. *et al.* Perfil das pacientes do ambulatório de uroginecologia de um Hospital Público de Porto Alegre com relação à incontinência urinária e à qualidade de vida. Rev Bras Fisioter, [*s. l.*], v. 13, ed. 6, p. 135-141, 11 ago. 2016.

26. SABOIA, D. M. *et al*. Impacto dos tipos de incontinência urinária na qualidade de vida de mulheres. Rev Esc Enferm USP, v. 51, ed.03266, 2017.

27. SACOMORI, C. *et al.* Prevalência e variáveis associadas à incontinência urinária no terceiro trimestre gestacional. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, Recife, v.13, ed. 3, p. 215-221,jul. / set 2013.

28. SANTOS, M. D. *et al.* A dimensão da diástase abdominal tem influência sobre a dor lombar durante a gestação?. Revista Dor, São Paulo, v. 17, ed. 1, p. 43-46, 2016.

29. SILVA, L; LOPES, M. H. B. M. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 43, ed. 1, p. 72-78, 28 set. 2020.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

30. SILVA, V. A; D‘ELBOUX, M. J. Fatores associados à incontinência urinária em idosos com critérios de fragilidade. Texto contexto - enferm, Florianópolis, v. 21, ed. 2, p. 338-347, 2012.

31. TAMANINI, J. T. N. *et al.* Validação para o português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ-SF). Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 38, ed. 3, p. 438-444, 2004.

32. TAMANINI, J. T. N. *et al*. Validação do "King’s Health Questionnaire" para o português em mulheres com incontinência urinária. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 37, ed. 2, p. 203-211, 2003.

33. VIEIRA, B. D; PARIZOTTO, A. P. A. V. Alterações Psicológicas Decorrentes Do Período Gravídico. Unoesc & Ciência - ACBS, Joaçaba, v. 4, ed. 1, p. 79-90, 2013.

CAPÍTULO III

ASSISTÊNCIA AO PARTO DE RISCO HABITUAL PELA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DAS RECOMENDAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Kayo Elmano Costa da Ponte Galvão[17]; Roseane Lustosa de Santana[18];
Rivaldo Lira Filho[19].
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-03

RESUMO:
Introdução: o processo de parto e nascimento veio se transformando ao longo dos anos, deixando de ser um evento permeado por intervenções prejudiciais, e tornando-se um evento fisiológico e humanizado. Boa parte dessa transformação veio com a inclusão da Enfermagem Obstétrica na assistência aos partos de risco habitual. Metodologia: trata-se de um relato de experiência, vivenciado por um residente de Enfermagem Obstétrica, no mês de março de 2021. Para a coleta dos dados, foi feita uma descrição de todos os procedimentos realizados com a parturiente em um caderno de anotações, desde o momento de sua admissão, até o momento de sua saída do centro obstétrico. Resultados: foi observada uma assistência baseada em evidências científicas, priorizando o protagonismo feminino, dando espaço para intervenções benéficas ao binômio, além da adoção da verticalização, medidas não farmacológicas para alívio da dor, dieta livre e presença de acompanhante. Conclusão: observamos o importante papel das evidências científicas na atenção ao parto e nascimento, substituindo condutas proscritas por condutas assistenciais que resultam em bons desfechos maternos e neonatais.
PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem obstétrica. Parto humanizado. Trabalho de parto. Parto.

ASSISTANCE TO CHILDBIRTH AT USUAL RISK BY OBSTETRIC NURSING: AN EXPERIENCE REPORT BASED ON MINISTRY OF HEALTH RECOMMENDATIONS

ABSTRACT:
Introduction: the process of delivery and birth has been changing over the years, ceasing to be an event permeated by harmful interventions, and becoming a physiological and humanized event. A good part of this transformation came with the inclusion of Obstetric Nursing in the assistance to births at usual risk. Methodology: this is an experience report, experienced by a resident of Obstetric Nursing, in March 2021. For data

17 HU-UFMA, São Luís, MA, Brasil, E-mail: Kayoelmano17@hotmail.com. ORCID https://orcid.org/0000-0003-4409-7222
18 HU-UFMA, São Luís, MA, Brasil, E-mail: Roseanelustosas@gmail.com. ORCID https://orcid.org/0000-0001-6689-9686
19 HU-UFMA, São Luís, MA, Brasil, E-mail: Rivaldolirafilho@gmail.com. ORCID https://orcid.org/0000-0003-3673-210X

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

collection, a description of all procedures performed with the parturient woman was made in a notebook, from the moment of admission to the moment of leaving the obstetric center. Results: care based on scientific evidence was observed, prioritizing female protagonism, giving space to beneficial interventions for the binomial, in addition to the adoption of verticalization, non-pharmacological measures for pain relief, free diet and the presence of a companion. Conclusion: we observed the important role of scientific evidence in delivery and birth care, replacing proscribed behaviors with care behaviors that result in good maternal and neonatal outcomes.
KEYWORDS: Obstetric nursing. Humanized birth. Labor of birth. Delivery.

INTRODUÇÃO

O parto vaginal veio, ao longo do tempo, se transformando em um evento fisiológico. No passado, o parto era realizado intrinsicamente no domicílio por parteiras com conhecimentos acerca da gestação, parto e puerpério. Logo depois, passou-se do cenário domiciliar para o cenário hospitalar, trazendo práticas que fugiam do "natural" e o tornavam mais instrumentalizado. A assistência ao parto vaginal na atualidade passou por mudanças com o objetivo de desinstrumentalizar, ou desmedicalizar, esse processo de parturição e devolver o protagonismo da mulher, antes dado aos médicos e outros profissionais da saúde[1].

De acordo com o ministério da saúde[2], a cada ano acontecem cerca de 3 milhões de nascimentos no Brasil, com cerca de 98% deles em estabelecimentos hospitalares, públicos ou privados. Além disso, a pesquisa nascer no Brasil traz que 88,7% desses partos são assistidos por médicos, com resultados ainda insatisfatórios devido a medicalização do parto e nascimento, relacionada a baixa qualidade da assistência e utilização de práticas obsoletas e iatrogênicas. Um grande exemplo disso é a elevada taxa de cesariana no País, chegando a 53,7% em 2011[3].

Apesar dos avanços na tecnologia voltada para a assistência obstétrica com o objetivo de torná-la mais segura, as mulheres e os recém-nascidos ainda são expostos às altas taxas de intervenções, como episiotomia, uso inadequado de ocitocina, entre outras. Estas intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma cautelosa, são extremamente comuns, e acabam por não considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

envolvidos nesse processo. Portanto, o ministério da saúde desenvolveu, em 2017, um protocolo de recomendações com o objetivo de avaliar as práticas mais comuns na assistência ao parto e nascimento, com o fornecimento de subsídios aos profissionais e todos os atores envolvidos no cuidado, além de incentivar os gestores de saúde a incluir a enfermagem obstétrica na assistência ao parto de baixo risco por apresentar vantagens na redução de intervenções desnecessárias[2].

O envolvimento da enfermagem obstétrica na assistência ao parto normal de risco habitual veio para contribuir com uma assistência mais humanizada, que considere todos os aspectos presentes, resgatando o protagonismo feminino e colocando a mulher no centro do cuidado. A participação da Enfermagem Obstétrica no parto normal favorece o equilíbrio entre o processo de parturição fisiológico e as intervenções necessárias, podendo reconhecer e corrigir os desvios de normalidade e encaminhando os casos que demandem uma assistência mais especializada. Isso implica em um olhar qualificado e humanizado do parto [1, 4].

Desde os anos 90, o Ministério da Saúde vem intensificando e incluindo uma política de apoio financeiro às universidades federais para o incentivo a realização de cursos de especialização e residências em Enfermagem Obstétrica com o intuito da assistência ao parto normal de risco habitual ser competência do enfermeiro obstétrico, objetivando a redução de intervenções desnecessárias, e diminuição na taxa de mortalidade materna[5].

Apesar da Enfermagem Obstétrica (EO) ser reconhecida pela reinserção de relações menos desiguais e implementar um conhecimento desmedicalizado na assistência ao parto, existem desafios ainda enfrentados pela EO por haver uma resistência entre uma atenção humanizada do cuidado e a assistência dominante, que é bastante intervencionista[6].

Considerando que a assistência à mulher em seu ciclo gravídico-puerperal deve ser pautada em cuidados humanizados, baseados em evidências científicas, esse estudo tem por objetivo relatar uma experiência de parto normal de risco habitual, realizado por

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

um residente de Enfermagem Obstétrica, em uma maternidade de alto risco, levando em conta os aspectos que envolvem a prática humanizada ao parto e nascimento.

METODOLOGIA

O presente estudo representa um relato de experiência descritivo, realizado entre os dias 11 e 12 do mês de março de 2021, em um hospital-maternidade de alto risco, vivido por um residente de Enfermagem Obstétrica, inserido no programa de Residência Uniprofissional em Saúde da Universidade Federal do Maranhão. O cenário da prática foi um centro obstétrico de uma maternidade pública do estado do Maranhão, que recebe casos de gestação de risco habitual e alto risco, sendo este último em sua grande maioria, e que realiza os processos de acompanhamento no trabalho de parto e pós parto através do programa de Residência supracitado.

Para a coleta dos dados, foi feita uma descrição de todos os procedimentos realizados com a parturiente em um caderno de anotações, desde o momento de sua admissão, até o momento de sua saída do centro obstétrico, detalhando todos os métodos utilizados pelo enfermeiro residente, como métodos não farmacológicos para alívio da dor, e métodos não-invasivos de indução do parto, com base nas Diretrizes do Ministério da saúde, publicada em 2017, e das recomendações da Organização Mundial da Saúde, de 2018.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Às 15:00 horas do dia 11/03/2021, recebo paciente proveniente do setor de classificação de risco em obstetrícia, com queixas de dor em baixo ventre e perda de líquido desde as 08:00 da manhã do mesmo dia. Observo em anamnese: paciente primigesta, 38 semanas e 6 dias de gestação calculados por ultrassonografia do dia 25/07/2020, sem comorbidades, sem alergias ou cirurgias prévias, com 6 consultas de pré natal em carteira da gestante.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Acompanho paciente ao leito, onde me apresento e faço uma breve discussão sobre os procedimentos que serão realizados, como testagem rápida para IST's, e um novo exame físico para confirmar dados em prontuário proveniente do setor de Classificação de Risco em Obstetrícia. Confirmo sorologia não reagente para HIV 1 e 2, Sífilis, Hepatite B e C, e realizo histórico de Enfermagem.

Ao exame físico realizado às 15:20: Paciente apresenta-se lúcida, orientada em tempo e espaço, normotensa (PA 120 x 80 mmhg), eupneica em AA, afebril e normocorada, queixando-se de intensa dor em baixo ventre. Realizo ausculta de batimentos cardiofetais (142 batimentos por minuto, em quadrante inferior esquerdo), e um toque vaginal, constatando dilatação de 5 centímetros, colo centralizado, 70% de apagamento, bolsa rota com presença de líquido claro, feto em apresentação cefálica. Realizo a dinâmica uterina (DU), onde há 2 contrações efetivas (mais de 40 segundos de duração) em 10 minutos. Oriento paciente sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor, e sobre o trabalho de parto. Compartilho cuidado com a medicina e fisioterapia, para uma melhor assistência à parturiente. Realizo as devidas anotações em prontuário, e abro o partograma.

Após os primeiros cuidados, convido o paciente para experimentar um dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, como o banho de aspersão. Acompanho paciente ao chuveiro de água morna, e faço uma breve explicação de todo o procedimento. Paciente mostra-se bastante colaborativa, e decide a utilização do método. Passados 25 minutos de banho, observo uma melhora nas dores relatadas pela paciente, que diz estar satisfeita, e que gostaria de retornar ao leito. Neste momento, observo sentimento de medo e ansiedade, e decido diminuir a luminosidade do ambiente, após questionar a preferência da paciente.

Às 16:30, realizado ausculta de Batimentos Cardiofetais (138 bpm), além da constatação de 2 contrações efetivas em 10 minutos através do exame de dinâmica uterina (DU). Oriento paciente a deambular. Contudo, a mesma mostra-se bastante abalada com o Trabalho de Parto, e diz preferir ficar deitada. Questionei sobre dieta e

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

ingesta hídrica, e a mesma diz não ter ciência de que poderia comer ou tomar água no trabalho de parto, pois ouviu dizer que isso poderia prejudicá-la. Ofereço água, e digo que a paciente poderá ingerir água e alimento, pois não há restrição à dieta em parturientes com evolução normal do trabalho de parto.

Às 17:30, retorno ao leito, e observo que paciente refere muita dor em baixo ventre. Realizo massagem lombar, com boa melhora da dor. Realizo novo exame físico: BCF: 140 bpm; DU de 3 contrações em 10 minutos, sendo 2 efetivas. Ao toque vaginal: colo centralizado, 90% apagado, pérvio para 7 centímetros. Sugiro mais um banho de aspersão, e a paciente aceita. Durante o banho, observo bom relaxamento e satisfação com o procedimento, que durou cerca de 30 minutos. Realizo a troca de roupa de cama e de camisola, e ofereço métodos não farmacológicos para indução do trabalho de parto, como agachamento e bola suíça, considerando todos os benefícios dos exercícios, e a paciente autoriza. Incentivei o acompanhante à participação em todos os exercícios, para melhor satisfação da parturiente. Paciente permanece sentada em bola suíça, para molejo pélvico, por 20 minutos, com realização de agachamento posteriormente. Observo uma preferência maior pela bola suíça.

Entretanto, mesmo com a realização dos métodos não farmacológicos para indução do parto, e através da evolução do parto em partograma, verifico que há uma pequena diminuição na velocidade de dilatação. Às 19:30, faço ausculta de BCF (135 bpm), DU de 3 contrações efetivas em 10 minutos, dilatação de 8 cm, colo centralizado, 100% apagado. Paciente em decúbito dorsal, referindo boa movimentação fetal. Comunico à equipe médica, que após avaliação, prescreve indução farmacológica do trabalho de parto, com Ocitocina 12 ml/h em bomba de infusão. Realizo ausculta antes, durante e após a introdução do medicamento, sem alteração em vitalidade fetal.

Às 20:00, observo aumento da intensidade da dor, e ofereço exercício de respiração durante as contrações, para alívio. Verifico realização de puxos espontâneos, e realizo novo exame, com prévia autorização da paciente. Ao exame, dilatação em 10

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

cm, colo 100% apagado, plano +1 de DeLee. Aconselho que, neste momento, a paciente poderá decidir a melhor posição para o parto.

A partir desse momento, no qual a paciente evolui para o segundo período do trabalho de parto, denominado de período expulsivo, realizo ausculta intermitente a cada 5 minutos, para avaliação do bem estar fetal. As 20:10, sugiro mudança de decúbito dorsal para a posição gaskin, ou quatro apoios, e faço uma breve explicação dos benefícios trazidos quando utilizamos essa posição. Com o consentimento da paciente, coloco-a em posição de quatro apoios, e incentivo puxos apenas no momento das contrações. Contudo, às 20:20, a parturiente passa a posição lateralizada, e decide que aquela posição está mais confortável. Neste momento, observo saída da cabeça fetal através da vagina, e utilizo a técnica de Hands On para proteção do períneo, a fim de evitar lacerações.

Às 20:30 do dia 11/03/2021, parturiente evolui para parto normal, sem lacerações, sem episiotomia, feto único, vivo, chorou ao nascer. Realizo contato pele a pele imediato, com incentivo à amamentação. Realizado clampeamento do cordão (3 minutos após saída completa do bebê, e cessamento da pulsação), e administro 10 unidades internacionais de ocitocina intramuscular. Agora, no terceiro período do trabalho de parto, espero a saída da placenta. Realizo pequena tração controlada de cordão, após sinais de separação placentária. Todo o processo, desde o clampeamento e saída da placenta, durou cerca de 10 minutos. Placenta íntegra, com revisão de canal de parto para verificação de restos placentários e lacerações.

O quarto período clínico do parto, denominado período de Greenberg, inicia-se após a saída da placenta. Neste momento, realizo avaliação clínica criteriosa a cada 15 minutos na primeira hora, a fim de observar a vitalidade materna no pós parto, e atentar para sinais de hemorragia. É incentivado o contato pele a pele nesta primeira hora, chamado Golden Hour, pois auxilia na amamentação, no vínculo mãe-bebê, além de diversos outros benefícios.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Às 21:30, realizo visita para monitorização do sangramento, presença de globo de segurança de Pinard, e oriento quanto aos sinais de gravidade que poderão aparecer, como cefaléia, visão turva, aumento excessivo do sangramento, ou demais sintomas anormais, além de enfatizar os benefícios da amamentação por livre demanda. Neste momento, realizo primeiros cuidados neonatais, como administração de Vitamina K intramuscular, profilaxia para oftalmia neonatal, e parâmetros físicos, como peso, comprimento, perímetro cefálico, torácico e abdominal. Todo o procedimento foi realizado ao lado da mãe, no leito materno, sem a necessidade de separação do binômio.

DISCUSSÃO

PRIMEIRO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO: DILATAÇÃO

A humanização da assistência ao parto se baseia em três pilares: autonomia da mulher, prática baseada em evidências científicas, e equipe multidisciplinar treinada para atender todas as demandas da parturiente e sua família. A atuação da Enfermagem Obstétrica tem um papel estratégico na qualificação dos serviços em saúde, além de contribuir na assistência ao processo de parto e nascimento[7].

De acordo com o Ministério da Saúde, “A assistência ao parto e nascimento de baixo risco, que se mantenha dentro dos limites da normalidade, pode ser realizada tanto por médico obstetra quanto por enfermeira obstétrica e obstetriz”. De acordo com Leal e colaboradores[8], tem-se por definição de risco obstétrico habitual mulheres sem história de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Crônica ou Gestacional, não obesas (IMC <30), HIV negativo, idade gestacional entre 37 e 41 semanas, feto em apresentação cefálica. Foi evidenciado, no presente estudo, a ausência de fatores que pudessem indicar gestação de alto risco, pois a ausência de comorbidades, cirurgias prévias ou demais contraindicações tornaram o parto de risco habitual e, portanto, o residente poderia realizar a assistência, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde[2].

A comunicação entre profissional e cliente deve ser informativa e acolhedora. Mulheres em trabalho de parto devem ter um tratamento baseado no respeito, com acesso

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

às informações importantes, cientificamente aprovadas, além de ter participação fundamental na assistência que é a ela prestada, devendo participar na tomada de decisões[2].

Deve-se enfatizar a importância do direito ao acompanhante de livre escolha da usuária, pois esse direito contribui para a autonomia e bem-estar materno, minimizando possíveis intercorrências. No estudo dos autores, realizado em 2016, apenas 26,8% das parturientes avaliadas tiveram a presença de acompanhante, o que demonstra deficiência na execução do direito que é previsto em Lei (nº11.108/2005). Neste presente estudo, a parturiente acompanhada pelo residente de enfermagem obstétrica obteve companhia de livre escolha durante todo seu trabalho de parto, desde a admissão à alta[9].

Algumas práticas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2018, como o uso rotineiro de partograma, encorajamento a uma posição verticalizada, dieta livre por via oral, e uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor foram oferecidos e utilizados na assistência ao parto realizado pelo enfermeiro residente[10]. Em um estudo elaborado por Ritter et al[11], utilizando uma amostra de 186 parturientes de baixo risco, assistenciadas por enfermeiros obstetras nos anos de 2013 e 2016, observou-se um aumento significativo no percentual das práticas recomendadas pela OMS, variando de 4,9% na recomendação de mudança de posição no trabalho de parto em 2013, para 45,5% em 2016, além de 87,8% na dieta livre por via oral em 2013, para 97,9% em 2016, evidenciando os benefícios que as boas práticas trazem para a mulher, diminuindo intervenções desnecessárias.

Na assistência ao primeiro período do trabalho de parto, o Ministério da Saúde[2] considera TP estabelecido com dilatação maior ou igual a 4 cm, além de contrações uterinas regulares. Foi realizada monitorização frequente à gestante do estudo, com realização de dinâmica uterina a cada 1 hora, avaliação do bem estar fetal por meio da ausculta de BCF a cada 30 minutos, e toque vaginal a cada 2 horas. Entretanto, de acordo com recomendações da OMS[10], a avaliação do colo deverá ser realizada a cada 4 horas, não demonstrando necessidade da realização do exame do colo vaginal a cada 2 horas.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Isso é justificado pela duração do trabalho de parto em gestantes primíparas ser, em média, de 8 horas, podendo se estender até 18 horas, concluindo que não há necessidade da realização do toque vaginal frequentemente, visto que a evolução da dilatação pode ser de 1 cm por hora em primíparas com parâmetros normais, podendo apenas basear-se na utilização do partograma.

O manejo da dor no trabalho de parto requer um bom conhecimento sobre as práticas integrativas e complementares disponíveis no SUS, além de boa base sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor. Um dos métodos amplamente utilizado na assistência à gestante deste estudo foi o banho de aspersão, realizado duas vezes durante o trabalho de parto da paciente. O banho de aspersão reduz a ansiedade, promovendo relaxamento, e consequentemente o alívio da dor. Porém, outros métodos utilizados para a mesma finalidade, com benefícios comprovados, como aromaterapia, musicoterapia, massagem e acupuntura também podem fazer parte da assistência[12].

A utilização dos métodos descritos acima, não apenas ajudam no alívio da dor, como podem agir na promoção do vínculo entre profissional e parturiente. Para isso, é importante a participação do acompanhante, tendo em vista que essa prática contribui para a transmissão de apoio emocional, e no encorajamento. O ministério da saúde recomenda a utilização de estratégias para o fortalecimento das práticas não farmacológicas para diminuição da dor, e enfatiza a importância dos gestores nacionais e locais na promoção de melhores condições para a inclusão da prática nas instituições de saúde. Importante mencionar que, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, os métodos não farmacológicos devem ser oferecidos a parturiente antes da utilização dos métodos farmacológicos, como a analgesia regional, e se essa for uma decisão da gestante, deverão ser previamente discutidos os riscos e benefícios da utilização da técnica [12, 2].

A bola suíça, técnica utilizada neste estudo para indução não farmacológica do trabalho de parto, é um instrumento que estimula a posição vertical, e ajuda na livre movimentação. Entre os benefícios do uso da bola suíça, podemos destacar correção de

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

postura, relaxamento, e maior força de musculatura do assoalho pélvico, auxiliando na ampliação da pelve materna. A bola suíça, que auxilia na livre movimentação da mulher, também contribui para a diminuição da dor, facilita a circulação materno-fetal, e aumenta a intensidade das contrações uterinas, além de acelerar a descida da apresentação fetal[13].

Em uma revisão integrativa de literatura publicada em 2019[14], é discutida a eficácia de métodos não farmacológicos na diminuição da dor, e enfatiza-se que o uso da bola suíça trouxe benefícios semelhantes ao banho de aspersão, agindo de maneira satisfatória no alívio da dor das parturientes. Podemos destacar também um menor índice de intervenções desnecessárias e uso de analgesia com o uso desses métodos não farmacológicos.

O uso do partograma tem se mostrado uma prática extremamente efetiva na assistência ao parto pelas equipes de saúde. Trata-se de uma ferramenta de grande importância para a fase ativa do trabalho de parto, e consiste em uma representação gráfica desse processo. O ministério da saúde, por meio das diretrizes de assistência ao parto normal (2017), recomenda a utilização do partograma com linha de ação de 4 horas para o registro do progresso de parto[2].

Além de documento, o partograma possui caráter intervencionista, pois possibilita a visualização de possíveis alterações no partejamento, auxiliando na tomada de decisões[15]. Neste estudo, foi possível observar que o uso da ferramenta identificou uma pequena diminuição na velocidade da dilatação, tornando necessária algumas intervenções, como o uso de métodos não farmacológicos e, posteriormente, intervenção com uso de ocitocina em bomba de infusão.

Entretanto, de acordo com a pesquisa “Nascer no Brasil”, que utilizou uma amostra de 23.940 puérperas entre 2011 e 2012, é apontado problemas na qualidade da assistência no pré-natal e parto, e evidencia o déficit no uso do partograma para acompanhamento do trabalho de parto. É importante destacar que o uso rotineiro do partograma traz modificações benéficas para a assistência ao parto, fazendo-se

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

necessário na resolutividade e condução do parto, além de respaldar e designar medidas importantes para a diminuição de condutas equivocadas e impróprias[3].

SEGUNDO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO: EXPULSÃO

Considera-se segundo período do parto quando há dilatação total do colo uterino, com ou sem sensação de puxo involuntário, podendo ser dividida em fase inicial, ou passiva, e fase ativa. Para primíparas, estima-se duração do período expulsivo de 0,5-2,5 horas, e multíparas até 1 hora de duração[2]. Neste estudo, observou-se início do período de expulsão às 20:00 horas, que se caracterizou por dilatação completa, descida da apresentação, e puxos espontâneos.

Em relação a posição do parto no segundo período, a OMS recomenda a livre escolha da posição pela própria parturiente, além de livre movimentação. É preciso que haja uma orientação do profissional que acompanha o parto sobre a não recomendação de posições horizontais, como supina, decúbito dorsal horizontal, ou posição semi-supina, além da recomendação de puxos espontâneos seguindo seu próprio impulso[10].

A adoção de posições verticalizadas no segundo período do parto resulta em diminuição da duração do período expulsivo, menor taxa de intervenções, como episiotomia, e menor índice de parto instrumental, seja por fórcipes ou vácuo extrator. O uso de posições horizontalizadas, como posição litotômica e decúbito dorsal, resultam em maiores índices de edema vulvar e sangramento uterino aumentado, além do prolongamento do período expulsivo[11].

Neste estudo, a posição adotada pela parturiente no período expulsivo foi a de Gaskin, ou quatro apoios. Houve um encorajamento quanto a escolha da melhor posição, além de fornecer orientações quanto aos benefícios da adoção de posições mais verticalizadas. Entretanto, 20 minutos depois da mudança de posição, foi observado preferência pela posição lateralizada, concluindo então que a melhor posição para o parto é aquela escolhida pela parturiente. Para a OMS[10], é necessária uma monitorização fetal

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

intermitente no segundo período do parto, com ausculta de batimentos cardíacos fetais a cada 5 minutos, seja por Sonar Doppler ou Pinard.

Durante o período expulsivo, as lacerações de períneo são comumente observadas, sendo as lacerações de primeiro e segundo grau as mais comuns. Zukoff e colaboradores[16] relatam que algumas condições maternas podem predispor a ocorrência de lacerações, como idade materna avançada e nuliparidade. A paciente deste estudo era nulípara, o que poderia ser um fator incidente de laceração perineal no período expulsivo.

Algumas práticas de proteção do períneo estão descritas na literatura, com a finalidade de evitar traumas perineais. De acordo com as recomendações da OMS, a massagem perineal, o uso de compressas quentes e a proteção do períneo com as mãos são práticas recomendadas. Entretanto, o Ministério da saúde não recomenda a massagem perineal durante o segundo período de parto [10, 2].

A prevenção de lacerações perineais graves beneficia a saúde da mulher no pós parto, além de diminuir danos físicos e psíquicos ocasionados pelo trauma, que podem ocorrer tanto a curto quanto a longo prazo. Entre os cuidados que podemos lançar mão para a prevenção do trauma, está a proteção do períneo com as mãos, técnica chamada de Hands On. A técnica de Hands On caracteriza-se pelo apoio a parte posterior do períneo, com aplicação de uma leve pressão descendente sobre o polo cefálico. Em contrapartida à técnica de Hands On, existe uma conduta mais expectante, como a técnica Hands Off, que consiste unicamente em aguardar a saída do feto sem a utilização das mãos, deixando-as em prontidão apenas para o caso de expulsão rápida[16].

Neste estudo, foi utilizada técnica de Hands On para proteção perineal, visto que há recomendações do seu uso pela OMS e pelo Ministério da saúde, apesar das evidências não estarem bem estabelecidas quanto à efetividade da prática sobre as lesões perineais. Contudo, se utilizada a técnica de Hands On, é preciso orientar sobre a não realização dos puxos espontâneos, além de controlar a deflexão da cabeça fetal. Recomenda-se, então, que a parturiente seja orientada quanto aos riscos do uso da técnica Hands On, e de uma conduta expectante[2].

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Em um estudo realizado em 2019[16], utilizando uma amostra de 560 partos normais, observou-se a predominância da técnica de Hands Off pelas enfermeiras obstetras em 92,3% das parturientes. Estima-se que o uso de ocitocina no trabalho de parto seja um fato de incidência para traumas perineais, além de aumentar o risco de parto vaginal operatório, elevando o risco de lesões. Dessa forma, conclui-se que o uso das mãos para proteção perineal é justificado pelo uso de ocitocina no trabalho de parto devido ao desprendimento abrupto da cabeça fetal. A parturiente desde estudo utilizou ocitocina no trabalho de parto, o que justificou a utilização da técnica Hands On pelo enfermeiro que a acompanhou.

A duração do segundo período do parto, observado pelo enfermeiro residente que acompanhou o parto deste estudo, foi de aproximadamente 30 minutos, corroborando com os dados do Ministério da saúde, que enfatizam a duração do período expulsivo em nulíparas de 0,5 a 2,5 horas[2].

DEQUITAÇÃO, PERÍODO DE GREENBERG E CONTATO PELE A PELE.

O terceiro e quarto período do parto são importantíssimos para o binômio mãe-filho. Neste momento, o vínculo entre eles será estabelecido e é de suma importância a não realização de intervenções que poderão ser postergadas, com a finalidade de evitar a quebra dos laços familiares que estão sendo construídos. O terceiro período caracteriza-se pelo nascimento da criança, até a expulsão da placenta e das membranas. Algumas evidências científicas apontam para a necessidade de administração de uterotônicos, como a Ocitocina intramuscular, em todas as pacientes no pós parto imediato, caracterizando a conduta ativa[10].

A conduta ativa é caracterizada pela administração de uterotônicos, além do clampeamento e secção precoce do cordão umbilical, e tração controlada do cordão após sinal de separação placentária. Portanto, com a utilização da conduta ativa, faz-se necessária uma monitorização materna constante, com a finalidade de avaliar o bem estar materno, e possíveis perdas sanguíneas aumentadas. Evidências científicas atuais

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

enfatizam que a conduta ativa está associada a risco diminuído de hemorragia puerperal e menor necessidade de reposição sanguínea. Entretanto, vale destacar os riscos da conduta ativa, que se caracterizam com maior chance de vômitos, aumento de pressão sanguínea e dor. É importante que a parturiente receba orientações sobre os benefícios e riscos da conduta ativa, e se a paciente optar pela conduta expectante, que não requer uso de uterotônicos e placenta com dequitação fisiológica, ela deve ser apoiada em sua escolha[2].

A assistência realizada pelo enfermeiro deste estudo foi pautada na conduta ativa, com o uso de Ocitocina 10 unidades internacionais por via intramuscular, como recomendado pela diretriz do Ministério da Saúde[2], e secção do cordão em tempo oportuno, com tração controlada do mesmo, com a finalidade de evitar retenção placentária. Foi observado o contato pele a pele mãe e filho, denominada de Hora Dourada, com estabelecimento de vínculo familiar, e amamentação iniciada na primeira hora de vida.

O Ministério da Saúde, por meio do guia "Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças", recomenda o contato pele a pele entre mãe e recém-nascido imediatamente após o nascimento, se bebê ativo e reativo, com a finalidade de regularizar a temperatura corporal, e aumentar o vínculo entre o binômio. A realização dessa prática promove a amamentação no pós parto, garantindo o recebimento do colostro pelo recém-nascido, beneficiando-o com importantes fatores imunológicos, agentes antimicrobianos e vitamina A[17].

Além dos benefícios trazidos pela amamentação para o recém-nascido, a puérpera que mantém a amamentação exclusiva também se beneficia com fatores protetores a curto e longo prazo. Podemos destacar a liberação de ocitocina, que ajuda na promoção da contração uterina, diminuindo a incidência de hemorragias no pós-parto, e ajuda a postergar futuras gestações durante a amenorreia lactacional, além de diminuição das chances de incidência de Diabetes tipo 2, e câncer de ovários e mama[17].

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

A enfermagem obstétrica possui papel fundamental na realização destas práticas benéficas para a saúde materna e neonatal. Considerar a importância do contato pele a pele, e da amamentação na primeira hora pós nascimento, constitui fator primordial para a manutenção do cuidado e das práticas humanizadas. É preciso orientar quanto aos benefícios de manter a amamentação exclusiva por 6 meses, como recomenda o Caderno de atenção básica número 23, incluindo orientações sobre o posicionamento correto, pega correta e amamentação por livre demanda, e todos os seus benefícios. Importante frisar a não recomendação do uso de chupetas e bicos artificiais, pelo risco de confusão de bicos e má formação bucal do recém-nascido[18].

Neste estudo, o enfermeiro residente, ao avaliar a vitalidade materna e neonatal, verificou a importância de manter o contato pele a pele, com estimulação à amamentação imediata, e postergou os primeiros cuidados do recém-nascido em 1 hora, como administração de vitamina K intramuscular para profilaxia de doença hemorrágica, profilaxia de oftalmia neonatal através da utilização de pomada de eritromicina a 0,5% ou nitrato de prata a 1%, verificação de peso, comprimento e perímetros cefálico, torácico e abdominal[2].

A partir do exposto, podemos evidenciar a importância da assistência da Enfermagem Obstétrica no processo de parturição, desde o pré-natal até o nascimento. Lançando mão de um cuidado menos intervencionista, a atuação da Enfermagem no cuidado materno e neonatal visa a inclusão de práticas voltadas à humanização, baseadas em evidências científicas atuais, buscando a inclusão do protagonismo materno em todo o processo de cuidar. É imprescindível destacar a necessidade de qualificação de profissionais voltados para esse cuidado humanizado, a fim de reduzir grandes desigualdades que prevalecem no sistema de saúde brasileiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo, podemos concluir que a assistência de Enfermagem Obstétrica ao parto de risco habitual está relacionada à prática menos intervencionista, e baseada

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

na autonomia da mulher, colocando-a no centro do cuidado. A partir dos achados deste relato de experiência, observamos o importante papel das evidências científicas na atenção ao parto e nascimento, substituindo condutas proscritas por condutas assistenciais que resultam em bons desfechos maternos e neonatais.

Vale destacar que, quando falamos em humanização do parto, não deixamos de lado as intervenções que são necessárias. Humanizar o parto é saber usar as intervenções consideradas benéficas para a mulher e o feto no momento certo. Parto humanizado não é somente aquele parto que não se usa medicação. Se o uso da medicação, ou de alguma outra intervenção medicamentosa, está baseado em evidências científicas atuais, sua utilização estará pautada na humanização, pois isso configura uma prática benéfica.

Portanto, as ações que são realizadas pelos enfermeiros obstetras, como o residente deste estudo em questão, estão inseridas em um cenário de mudanças de postura frente às evidências atuais. É necessário entender seu importante papel diante de condutas seguras, que devolvem o protagonismo feminino, e a busca pela humanização do parto e nascimento, além das orientações oferecidas durante toda a assistência à mulher e sua família, possibilitando o conhecimento da fisiologia e da normalidade do parto.

Vale destacar a importância da continuidade de estudos voltados para esta questão, pois a mudança das práticas intervencionistas para práticas humanizadas ainda não está completamente consolidada no sistema de saúde atual. É importante que haja qualificação de profissionais de saúde para atuarem em equipes multiprofissionais a favor da inclusão da mulher no processo de parturição, além de buscar a implementação dos benefícios da assistência acolhedora e satisfatória, com a finalidade de reduzir intervenções desnecessárias.

REFERÊNCIAS

1. Sanches METL, Barros SMO, Santos AAP, Lucena TS. Enfermeira obstétrica na assistência ao parto. *Rev enferm* UERJ, Rio de Janeiro, 2019; 27:e43933

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida* [recurso eletrônico] Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.

3. Lansky S, et al. Pesquisa *Nascer no Brasil*: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup:S192-S207, 2014.

4. Alves TCM, Coelho ASF, Sousa MC, et al. Contribuições da enfermagem obstétrica para as boas práticas no trabalho de parto e parto vaginal. *Enferm. Foco* 2019; 10 (4): 54-60

5. Amaral RCSA, Alves VH, Pereira AV et al. Inserção do enfermeiro obstetra no parto e nascimento. *Rev enferm UFPE on line*., Recife, 12(11):3089-97, nov., 2018

6. Silva GF, Moura MAV, Almansa Martinez P, et al. Formação na modalidade residência em enfermagem obstétrica: uma análise hermenêutico-dialética. *Escola Anna Nery*. 24(4)2020

7. Reis TR, Zamberlan C, Quadros JS, et al. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(esp):94-101.

8. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup:S17-S47, 2014

9. Campos BCV, Pereira EP, Medeiros GA, Pereira EP. Perfil da assistência hospitalar prestada por enfermeiras residentes em obstetrícia em Brasília, Distrito Federal. *Com. Ciências Saúde*. 2016; 27(4):291-300

10. Who recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.

11. Ritter SK, Gonçalves AC, Gouveia HG. Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. Acta Paul Enferm. 2020; 33:1-8.

12. Lehugeur D, Strapasson MR, Fronza E. Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica. *Rev enferm UFPE on line*., Recife, 11(12):4929-37, dec., 2017

13. Silva LM, Oliveira SMJV, Silva FMB, et al. Uso da bola suíça no trabalho de parto. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(5):656-62.

14. Mascarenhas VH, Lima TR, Silva FM, et al. Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(3):350-7.

15. Medeiros AB, Freire ILS, Santos FR, et al. Partograma: instrumento de segurança no cuidado multidisciplinar. *Revista Cuidarte*. 2020; 11(3): e1046.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

16. Zukoff MKA, Pereira ALF, Rafael RMR, et al. Fatores obstétricos associados à proteção perineal na assistência das enfermeiras obstétricas ao parto normal. *Revista Nursing*, 2019; 22 (251); 2856-2861

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – 1. ed., 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 50p.: il.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).

CAPÍTULO IV

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Maria Helena Rodrigues Costa Silva[20]; Dilyane Cabral Januário[21];
Andrezza Rayana da Costa Alves Delmiro[22]; Iolanda Carlli da Silva Bezerra[23];
Alexsandra de Luna Freire Holanda[24]; Jozicleide Barbosa dos Santos[25].
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-04

RESUMO:
Introdução: O pré-natal é o conceito dado para todas as condutas e atuação da equipe médica e de enfermagem, prestadas à mulher durante a gravidez Objetivo: Conhecer a partir das publicações científicas como é a assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia de saúde da família. Método: Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa da literatura, onde as bases de dados utilizadas foram LILACS e BDENF. A coleta de dados ocorreu nos meses de outubro a novembro de 2017, artigos no idioma português, de 2011 a 2017. A amostra foi composta de 10 estudos. Resultados: Os estudos mostraram que a assistência de enfermagem é realizada de forma eficaz e de boa qualidade por parte dos profissionais garantindo assim mais segurança à mulher e ao bebê em toda a fase gestacional. Foram selecionadas três categorias temáticas: atribuições e assistência de enfermagem ao pré-natal na ESF, percepção da gestante sobre o pré-natal na ESF, e facilidades e dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro para a realização do pré-natal na ESF. Conclusão: Acolhimento, humanização, sistematização, responsabilidade são ferramentas necessárias para que se tenha um bom resultado nas questões relacionadas ao pré-natal.
PALAVRAS-CHAVE: Assistência de enfermagem. Pré-natal. Estratégia saúde da família.

NURSING CARE IN LOW RISK PRENATAL IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

ABSTRACT:

20 Faculdade Uninassau, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: leninha_rodrigues14@hotmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3314-3326).
21 Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: cabral.enfermagem@hotmail.com. ORCID: (http://orcid.org/0000-0002-2319-3015).
22 Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil. E-mail:andrezza.delmiro@academico.ufpb.br. ORCID: (https://orcid.org/0000-0003-4818-4286)
23 Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: iolandacarlli@gmail.com ORCID: (https://orcid.org/0000-0002-7948-8074).
24 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: alexsandraluna1989@gmail.com. ORCID: (https://orcid.org/0000-0002-5357-4468).
25 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: jozicleidebsantos@gmail.com. ORCID: (https://orcid.org/0000-0002-6717-7949).

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Introduction: Prenatal care is the concept given to all the behaviors and performance of the medical and nursing staff provided to the woman during pregnancy. Objective: To know from the scientific publications how nursing assistance in low-risk prenatal care in the family health strategy is. Method: This is an integrative review of the literature, in which the databases used were LILACS and BDENF. Data collection took place from October to November 2017, through articles in the Portuguese language, from 2011 to 2017. The sample was consisted of 10 studies. Results: The studies showed that nursing assistance is performed in an effective way and of good quality by professionals thus ensuring more safety to the woman and the baby throughout the gestational phase. Three thematic categories were selected: assignments and nursing assistance to prenatal care at the FHS, perception of the pregnant woman about the prenatal care in the ESF, and the facilities and difficulties faced by the nurse to perform the prenatal ESF. Conclusion: Reception, humanization, systematization, responsibility are necessary tools to have a good result in prenatal issues.
KEYWORDS: Nursing assistance. Prenatal. Family health strategy.

INTRODUÇÃO

O pré-natal é o conceito dado para todas as condutas e atuação da equipe médica e de enfermagem, prestadas à mulher durante a gravidez. Essa assistência acontece através do descobrimento da gestação até a fase que se promove o parto humanizado, com objetivo de informar, cuidar e supervisionar qualquer tipo de problema, prevenir e assim diminuir risco de morte.[1]

O Pré-natal de baixo risco visa o acompanhamento normal da gestação sem qualquer tipo de intercorrência, objetivando os aspectos biológicos, sociais como também os de saúde pública. Onde definitivamente tem o intuito de preparar a gestante para o parto e puerpério, visando durante cada consulta, possíveis alterações do organismo.[1]

É importante enfatizar que, no decorrer da gravidez a mulher vive uma das mais incríveis experiências de sua vida. Pois é ao longo da gravidez que acontecem modificações em seu corpo, que as levam a sentirem sensações de alegria, tristezas, medos e conquistas. Tornando necessário a essas mulheres uma atenção maior que

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

possibilitem, a garantia de uma boa qualidade na assistência durante toda a sua fase gestacional.[2]

Dessa forma, conceituamos que a gestação de baixo risco é toda a gravidez que se evolui na maioria das vezes sem nenhuma interferência obstétrica. Que possivelmente 90% das gestantes iniciam e terminam sua gestação sem possíveis complicações clínicas.[3]

Um estudo realizado no Paraná mostra que no Brasil houve um parâmetro bem sucedido no que se refere à assistência à gestante e seu bebê. No qual prevaleceu uma redução significativa nas taxas de mortalidade, a qual diminuiu determinadamente durante o percorrer de 13 anos. Nessas taxas reduzidas podemos observar o percentual de 33,5 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos só no ano de 1998, e para o ano de 2011 chegaram a 16,1 para cada 1.000 nascidos vivos. Essas taxas significativas são decorrentes da ampliação dos serviços básicos de saúde, bem como na melhoria da assistência à mulher durante o pré-natal, parto e puerpério, destacado principalmente na Estratégia Saúde da Família (ESF).[4]

Cabe destacar que o pré-natal de baixo risco deverá ter prioritariamente seu atendimento no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF). Enquanto que casos de alto risco além do acompanhamento pela equipe de saúde da família deverão ser referenciados para serviços especializados no sentido de uma avaliação mais acurada materno-fetal.[5]

Desse modo, podemos determinar no pré-natal de baixo risco, que a enfermagem deve priorizar suas consultas determinando a diminuição de dúvidas surgidas durante cada consulta bem como seus desejos. Toda mulher durante sua gestação requer uma saúde estável sem intercorrência, e sendo assim, a equipe de enfermagem deverá atentar-se a tais aspectos visando sempre a saúde e o bem estar das gestantes bem como de seu bebê, fato este, que viabiliza um maior vínculo entre o enfermeiro da ESF e a gestante.[6]

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Vale ressaltar que o enfermeiro dentro da ESF, deve priorizar seus cuidados, elaborando planos de assistência no pré-natal, com ênfase nas necessidades da gestante conforme suas identificações. Assim, junto ao médico, dentista, nutricionista e psicólogo, oferecem uma assistência integral para a mulher durante o ciclo gravídico, e assim são capazes de estabelecer intervenções, orientações e encaminhamentos de forma profissional com intuito de melhor atender cada necessidade encontrada no decorrer das consultas de pré-natal.[7]

Sendo assim, a busca pela temática partiu da probabilidade de conhecer todo o processo de enfermagem diante das consultas de pré-natal bem como conhecer o alcance deste pela população. Bem como, analisar se a assistência prestada às mulheres é adequada e viabilizam o esclarecimento das dúvidas e inseguranças das gestantes acompanhadas.

Portanto, a partir dessa temática surgiu a seguinte questão de pesquisa: Como é a assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco na ESF?

A relevância deste estudo está no papel crucial exercido pela enfermagem na ESF no que diz respeito ao acompanhamento das mulheres no ciclo gravídico, possibilitando às gestantes o acesso a informações e cuidados de saúde integrais durante a assistência de pré-natal, o que implica em uma visão ampla na prevenção de fatores de risco, como também em um acompanhamento humanizado durante o período gestacional. Logo, o objetivo do estudo é conhecer a partir das publicações científicas como é a assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco na Estratégia Saúde da família.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão integrativa, na qual há a determinação do conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, contribuindo, pois, para uma possível repercussão benéfica na qualidade dos cuidados prestados ao paciente.[8]

Essa revisão é acompanhada por seis fases, na qual se define como**:** primeira fase: elaboração da pergunta norteadora; segunda fase: busca ou amostragem na literatura; terceira fase: coleta de dados; quarta fase; análise crítica dos estudos incluídos; quinta fase; discussão dos resultados e por último a sexta fase: apresentação da revisão integrativa.[8]

A questão de pesquisa formulada para dar continuidade a essa revisão foi: como é a assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família?

Foram utilizadas as bases de dados (LILACS) Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde, (BDENF) - Base de Dados de Enfermagem. A pesquisa foi realizada na BVS- biblioteca virtual de saúde usando os descritores: Assistência de enfermagem; Pré-natal; Estratégia saúde da família, onde foi utilizado o operador bolleano AND para integrar esses descritores.

Foi usado como critérios de inclusão dos artigos. Artigos em português, disponíveis na íntegra, na base de dados selecionados, entre o ano de 2017 a 2021. E os critérios de exclusão foram: artigos repetidos nas bases de dados, teses e dissertações. Após a aplicação desse método, foram encontrados 24 artigos, dos quais constituem uma amostra de 11 artigos.

RESULTADOS

Os resultados estão destacados na forma de quadros e gráficos e a discussão será feita através da categorização dos artigos selecionados. Na caracterização dos artigos destaca-se que a maior parte das obras publicadas são atuais. Em 2011 (2), 2012 (1), 2013 (2), 2014 (2), 2015 não houve artigos publicados, 2016 (3), e 2017 também não houve artigos, foram publicados os artigos conforme o quadro a seguir**:**

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Quadro 1: Apresentação dos Artigos Científicos da Revisão

N ARTIGOS	TÍTULO	AUTOR	ANO	BASES DE DADOS	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
E1	Cuidadosde enfermagem No pré-natal e segurança do paciente: revisão integrativa	COSTA, D.K,P. et al.	2016	BDENF	Analisar as publicações Científicas sobre segurança Do paciente durante o cuidado De enfermagem no pré-natal da Atenção primária a saúde	Revisão integrativa, com vistas a responder à questão: Quais as recomendações das pesquisas científicas para a segurança do paciente durante o cuidado de enfermagem no pré-natal da atenção primária à saúde?	Após a leitura analítica das obras, emergiram duas categorias: Percepções do enfermeiro acerca da assistência pré-natal e Recomendações para o cuidado de enfermagem durante o pré-natal.
E2	A violência obstétrica na percepção dos profissionais que assistem ao parto	MELO, R.A et al.	2020	LILACS	Conhecer a percepção dos profissionais médicos e enfermeiros de um hospital público de referência materno-infantil acerca a violência obstétrica.	Pesquisa descritiva exploratória, e qualitativa, realizada com 22 profissionais médicos e enfermeiros, com coleta dos dados entre os meses de agosto e novembro de 2017, por entrevista semiestruturada guiada por questões norteadoras sobre o tema da violência obstétrica na rotina profissional, sendo os dados analisados pela técnica de análise de conteúdo temática.	A maioria dos entrevistados compreendem o que se configura como violência obstétrica, no entanto, muitos mostraram desconhecer as condutas a serem tomadas diante dos casos, reconhecendo-se como potenciais agressores diante das diversas situações de sobrecarga e estresse do cotidiano de trabalho. As condutas como amniotomia precoce, ruptura de membrana, Kristeller, e até toques vaginais desnecessários foram referenciados pelos profissionais como condutas ainda realizadas na prática hospitalar, apesar de se mostrarem sensibilizados e enfatizarem que os treinamentos são importantes para que essa violência não se concretize.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

E3	Modelo de assistência pré-natal no extremo sul do país	POHLMANN, F.C. et al.	2016	LILACS	Este estudo se propôs a conhecer o modelo de atenção à saúde utilizado na assistência pré- natal em unidades de Estratégia de Saúde da Família	Apresenta abordagem qualitativa e exploratória e foi realizado em três unidades de Estratégia Saúde da Família de um município do sul do Brasil.	Foi evidenciado que o modelo biomédico permanece sendo o mais utilizado na assistência pré-natal e a educação em saúde desenvolvida por meio dos grupos educativos é reafirmada como estratégia para ultrapassar o modelo biomédico.
E4	Aperfeiçoamentos no SisPreNatal com Integração à Caderneta da Gestante	PEREIRA, C.M.L.	2019	LILACS	Avaliar a plataforma do SISPRENATAL e assim propor uma nova interface ao software do Ministério da Saúde com integração dos dados da caderneta da gestante.	Para este estudo, utilizamos como método científico o emprego da Avaliação e Produção Tecnológica. Realizamos uma análise e revisão da plataforma SISPRENATAL com base em estudos recentes, o que culminou em propostas de atualizações e novas funcionalidades ao sistema, além da integração da caderneta da gestante de papel para um aplicativo com acesso em dispositivos móveis, através da leitura de QR Code para assegurar a privacidade dos dados da gestante.	Os resultados deste estudo, evidenciam que a tecnologia é uma grande aliada ao atendimento do pré-natal e, que a implementação de novas ferramentas fomentam várias lacunas como registros, melhoria na segurança e qualidade no atendimento prestado à gestante.
E5	Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros	SEHNEM, G. D.	2020	LILACS	Conhecer as fragilidades e potencialidades da intervenção do enfermeiro na consulta de pré-natal.	Estudo qualitativo, do tipo descritivo, realizado no primeiro semestre de 2018. Participaram 11 enfermeiras vinculadas às unidades da estratégia de saúde da família de um município do sul do Brasil. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e analisadas pela análise de conteúdo	Como fragilidades, a morosidade na entrega dos exames solicitados no pré-natal, o déficit de profissionais para compor as equipes multiprofissionais e a dificuldade no entendimento das gestantes acerca da importância do pré-natal. Como potencialidades, a variedade de intervenções clínicas,

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

						temática.	o vínculo entre o profissional e a gestante e o uso de protocolos municipais.
E6	Consulta de enfermagem no pré-natal: narrativas de gestantes e enfermeiras	Gomes, C. B.A et al.	2019	LILACS	Analisar a consulta de enfermagem no pré-natal, a partir da perspectiva de gestantes e enfermeiras.	Estudo qualitativo e descritivo, realizado junto a 20 gestantes e quatro enfermeiras, em uma unidade básica de saúde localizada no município de São Luís/Maranhão (Brasil).	As gestantes expressaram satisfação com o exame físico, destacando o acolhimento. Houve queixas quanto à competência técnica das enfermeiras especificamente em aconselhamento de infecção urinária. Algumas facilidades foram destacadas após implantação da Estratégia Rede Cegonha, principalmente no agendamento de consultas. Como dificuldades, foram relatadas: falta de alguns medicamentos prescritos e prazos longos para realizar e receber exames de natureza preventiva.
E7	Percepção das gestantes sobre as consultas médicas e de enfermagem no pré-natal de baixo risco	ANDRADE, F.M ; LIMA, C.J.F; SILVA, A.V.	2016	LILACS	Compreender a percepção das gestantes sobre as consultas médicas e de enfermagem no pré-natal de baixo risco.	Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, tendo como amostra 20 gestantes que realizam o pré-natal no município de Bonito-PE.	Quanto às orientações, 85% estavam satisfeitas com o(a) médico(a) e 90% com o(a) enfermeiro(a). Quanto ao tratamento/intervenções, 85% estavam satisfeitas com o(a) médico(a) e 95% com o(a) enfermeiro(a). Já relacionado ao exame físico, os(as) enfermeiros(as) realizaram em todas as consultas com 85% e os(as) médicos(as) nunca realizaram em 45%.
E8	Construção e validação de jogo educativo para gestantes	D'AVILA, C.G; PUGGINA, A. C; FERNANDES, R. A.Q.	2018	BDENF	Elaborar jogo educativo para orientação de gestantes sobre seus direitos e as boas práticas no processo de parir e validar o	Trata-se de uma pesquisa metodológica, quantitativa. A validação do conteúdo foi realizada por 10	O jogo foi nomeado "Boas Práticas no Parto". Das 44 cartas, apenas duas foram questionadas e não atingiram os 90% de concordância, a

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

					conteúdo das informações textuais e imagens do jogo com a colaboração de juízes.	juízes	imagem da carta de número 2 (p = 0,01) e o conteúdo da carta número 9 (p = 0,01).
E9	Aplicação de tecnologia leve no pré-natal: um enfoque na percepção das gestantes.	ALVES, A.C.P. et al.	2013	BDENF	Este estudo definiu como objetivo identificar as percepções das gestantes sobre o uso de uma tecnologia educativa para ser utilizada no pré-natal	Pesquisa participante, descritiva e quantiqualitativa, realizada a partir da aplicação de um jogo educativo em duas unidades básicas de saúde.	O grupo demonstrou uma excelente aceitação e desejo de participar novamente, demonstrando assim a adequabilidade do jogo para ser trabalhado com as gestantes.
E10	Utilização da vacina rogam durante o pré-natal em mulheres RH	SILVA, A.A.B; ANDRADE, C.	2020	BDENF	Investigar por meio de uma revisão integrativa da literatura a atuação dos enfermeiros na educação e na promoção de saúde no pré-natal.	A pesquisa foi realizada de forma descritiva, por meio de uma revisão integrativa da literatura nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na SciELO, (Eletronic Library Online), entre os anos de 2010- 2020.	Os resultados demonstraram aprimoramento na atuação do enfermeiro no acompanhamento pré- natal, com estabelecimento de vínculos junto às gestantes e elaboração de ações que promovem a educação da gestante, sobretudo, frente a aspectos como amamentação, alimentação e atividade física.
E11	Papel do Enfermeiro na assistência do pré-natal na Atenção Básica de Saúde	SANTOS, L.L et al.	2020	MEDLINE	Identificar através da literatura científica o papel do Enfermeiro na consulta de pré-natal na Atenção Básica.	Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo revisão integrativa, que teve como base de dados a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).	Na análise de dados foram estabelecidas duas categorias temáticas: Gestação e Pré-Natal na Atenção Básica de Saúde.

Fonte: Pesquisa direta, 2021.

DISCUSSÃO

Após a análise dos estudos foram extraídas 03 categorias apresentadas a seguir: Atribuições e assistência de enfermagem ao pré-natal na ESF. (E1; E3; E4; E5; E9; E6)

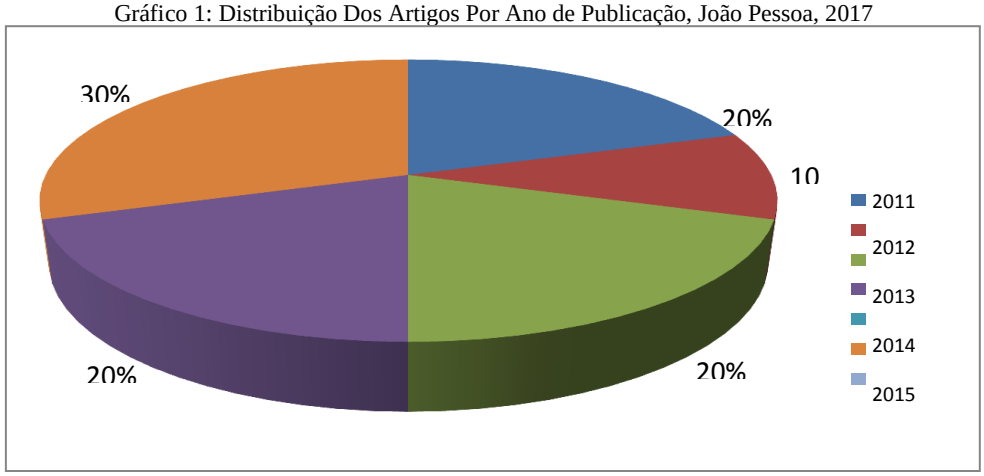
1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Percepção da gestante sobre o pré-natal na ESF.(E2; E7; E8) e Facilidades e dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro para a realização do pré-natal na ESF.(E1; E3; E5; E6; E10).

Para caracterizar o estudo serão apresentados gráficos com a frequência dos anos de publicação e das bases de dados.

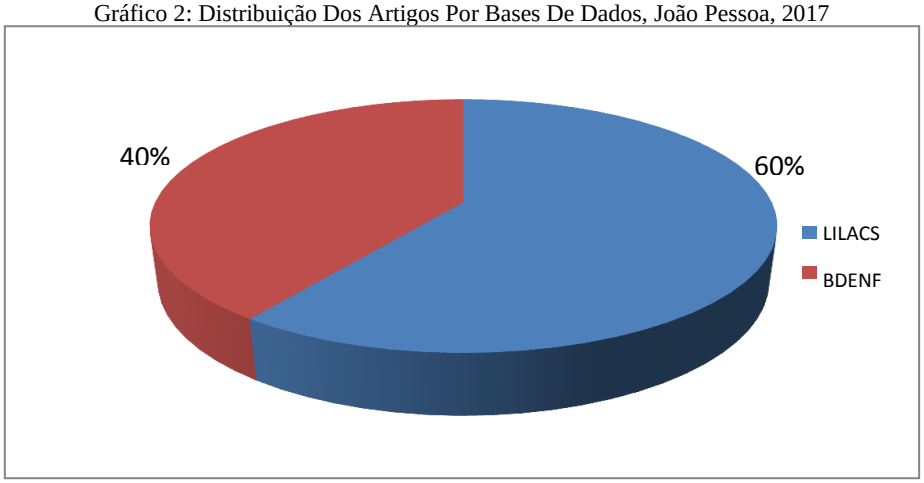
CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Gráfico 1: Distribuição Dos Artigos Por Ano de Publicação, João Pessoa, 2017



Fonte: Próprio Estudo

Gráfico 2: Distribuição Dos Artigos Por Bases De Dados, João Pessoa, 2017



Fonte: Próprio Estudo

Os gráficos 1 e 2 trazem a distribuição proporcional dos artigos em anos e bases de dados evidenciando que 30% dos artigos foram publicados no ano de 2016, 20%

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

(2014), 20% (2013), 20% (2011), e os 10% restantes no ano de 2012, contudo não houveram artigos publicados nos anos de 2015 e 2017. Com relação às bases de dados apresentam uma maior porcentagem constituída por 60% nas bases LILACS e 40% em BDENF.

CATEGORIA 1:

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PRÉ-NATAL NA ESF

É dever da enfermagem promover o bem estar físico, mental e social do paciente, assim é necessário compromisso para o desempenho por parte do profissional, desse modo, é majoritariamente na ESF, onde o enfermeiro atribui esses cuidados, pois na Atenção Básica tem total liberdade na prática de sua profissão desde que tenha empenho e responsabilidade em seu ambiente de trabalho.[9]

De acordo com o autor supracitado, o trabalho do enfermeiro da ESF, deve está voltado para o indivíduo no que se refere aos cuidados de enfermagem e também para a comunidade, através do acompanhamento em relação à saúde da população.

Dentre os programas que estão inseridos na ESF, destaca-se o pré-natal, o qual deverá ser a principal porta de entrada no sistema de saúde para as gestantes e torna-se uma estratégia para atender as necessidades da população no acompanhamento do ciclo gestacional. Compete ao enfermeiro, junto com a equipe de saúde manter um elo de confiança para com as pacientes, bem como, responsabilidade na realização dos procedimentos relacionados ao pré-natal e avaliação de suas fragilidades de acordo com sua situação social, de modo a oferecer uma assistência segura e de boa qualidade.[9]

As gestantes devem ser orientadas quanto aos seus direitos e suas prioridades. Nessa perspectiva, em uma entrevista com algumas gestantes, elas relataram que consideram melhor o atendimento do pré-natal realizado pela ESF em comparação com os atendimentos do serviço privado, visto que na ESF os enfermeiros conversam e tendem a escutar mais as pacientes. De acordo com as gestantes, a falta de informação em alguns serviços particulares é imensa.[10]

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

O registro que foi apontado pelas mulheres de que há uma deficiência de informações a respeito dos direitos que elas têm no período de gravidez, acarreta uma enorme preocupação a respeito do conteúdo das consultas, pois tudo aparenta estar aplicado ao modelo biomédico. As condutas apoiadas nesse modelo não são seguras, devido o enfoque restrito em aspectos biológicos das gestantes, negligenciando outras necessidades e âmbitos que essas tenham de acordo com suas vivências e que englobam o conceito ampliado de saúde.[11]

O pré-natal apresenta-se como instrumento predominante no fortalecimento de práticas de educação em saúde, por meio de rodas de conversa, que são os grupos das gestantes, no atendimento individual ou nos corredores. Esse método faz com que haja uma boa interação entre o paciente e profissional, além disso a ideia é que ocorram trocas de experiências, orientações e esclarecimentos de dúvidas, a educação em saúde é uma técnica que deve ser sempre utilizada na assistência de enfermagem para com o paciente, pois é uma forma de possibilitar medidas apropriadas para a saúde materno-infantil, implicando na participação da mulher em seu processo de bem-estar e sobretudo, ajudar no relacionamento com a equipe.[10]

É essencial que o enfermeiro entenda as mudanças que as mulheres passam durante a gestação e assim interferir de modo a conter algum problema desnecessário à gestante e ao bebê.[1]

Alguns problemas podem ser identificados durante a gravidez, nessa diretiva pode-se evitar e/ou diminuir a morbimortalidade materna e perinatal, dentre esses problemas pode-se citar: hemorragias, infecções, puerperal, hipertensão arterial, complicações no trabalho de parto e até mesmo o aborto.[2]

Cabe ressaltar, que as consultas são intercaladas entre enfermeiro e médico, de acordo com o ministério da saúde. É de competência do enfermeiro, assim como de outros profissionais realizar as consultas de pré-natal de acordo com a resolução (Decreto nº 94.406/87. Na primeira consulta da gestante com o enfermeiro, é importante que o profissional realize uma avaliação gestacional e também o cadastro no sistema de

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

informação (SISPRENATAL), conforme protocolo do município. De acordo com a lei 7.498 de 25 de julho de 1986, o enfermeiro pode dispor de inúmeros instrumentos para melhor poder acompanhar as gestantes, como por exemplo: realização de consulta, educação em saúde, prescrição, assistência e medicamentos.[12]

Nesse sentido, o enfermeiro que está inserido na atenção básica é um profissional altamente capacitado para realizar consultas a gestantes de baixo risco, sendo dever dele, solicitação de exames, encaminhamentos quando necessário, realização do exame obstétrico e orientações em geral.[13]

É importante que durante o pré-natal as mulheres sejam orientadas a respeito da profilaxia com relação ao fator Rh (-), durante as primeiras consultas de pré-natal deverá ser solicitado pelo enfermeiro; tipagem sanguínea, glicemia, VDRL, hemograma, sumário de urina. De acordo com o manual do pré-natal do MS, a fim de evitar contratempos e complicações para a gestante.[14]

O pré-natal é um dos programas de extrema importância na vida da mulher, mas se não houver uma assistência adequada pode ocorrer problemas na gestação, parto e puerpério, porém se ofertada uma assistência adequada e de qualidade essas complicações podem diminuir totalmente, evitando o óbito materno-infantil.[2]

CATEGORIA 2:

PERCEPÇÃO DA GESTANTE SOBRE O PRÉ-NATAL NA ESF

Por meio da implantação de políticas públicas as gestantes têm iniciado o pré-natal precocemente, isso ocorreu devido ao início do programa de assistência integral à saúde da mulher (PAISM) em 1984, juntamente com o programa rede cegonha em 2011, o qual tem como objetivo reduzir as taxas de morte no Brasil.[15]

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número adequado de consultas de pré-natal é de seis consultas, sendo a primeira no primeiro trimestre, duas para o segundo e três para o terceiro, isso a gestante de baixo risco. Em alguns estudos

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

pode-se observar diferenças entre consultas de pré-natal realizadas pelo médico e enfermeiro.[15]

Assim, entre as gestantes, há uma elevada satisfação nas consultas ofertadas pelo enfermeiro, pois essas consultas são baseadas no processo do cuidar e na formação de vínculo profissional-paciente. Contudo na consulta médica, tudo é voltado para o raciocínio crítico relacionado aos sinais e sintomas.[15]

Nesse norte, é importante enfatizar que se não houver um acolhimento humanizado por parte do enfermeiro pode-se haver uma diminuição e até mesmo uma quebra de vínculo entre o profissional e a paciente, e nesta diretiva as gestantes podem desistir da assistência e acompanhamento do pré-natal acarretando problemas em sua gravidez.[15]

Com o intuito de oferecer um atendimento digno às gestantes foi criado um novo método para tirar suas dúvidas a respeito do pré-natal, no qual elas podem ter sua participação ativa, esse recurso conta com a utilização dos jogos educativos durante o pré-natal. Segundo relatos das próprias gestantes, essa estratégia facilitou o atendimento e fez com que elas ficassem à vontade para tirar dúvidas e fazer questionamentos ao profissional.[16]

Segundo o autor supracitado, o uso dessa nova ferramenta, embora moderno ainda não é muito pesquisado na literatura, Dessa forma compreender como as gestantes vêem esse método de educação em saúde, possibilita que elas sejam mais ativas em relação a todas as etapas do pré-natal.

O atendimento pré-natal tem o dever de atender as carências que surgem ao longo do processo gestacional com relação à educação em saúde. As ações educativas fazem com que a mulher entenda melhor seu corpo e assim se sinta tranquila e segura em relação ao seu processo gestacional.[6]

Em uma unidade básica de saúde do município de Brejo Santo-CE, entre outubro e novembro de 2011 ocorreu aplicação da tecnologia de jogos educativos, esse

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

método, ficou conhecido como Roleta do conhecimento materno, a qual abordava sobre os cuidados com a mulher. Outro jogo foi com relação aos cuidados com a criança, essas tecnologias fazem com que as mães participassem mais das atividades desenvolvidas e interagem com os profissionais, tirassem suas dúvidas sobre as respectivas questões, também houve trocas de informações e o mais importante que é a criação de vínculo, entre o profissional e os usuários.[17]

A execução de um pré-natal realizado de forma correta faz com que se crie uma construção humanizada com a futura puérpera, de modo que a gestação seja tranquila como também o nascimento do bebê.[1]

Nesse estudo muitas gestantes relataram que há um pouco de dificuldades sobre a compreensão dos cuidados com o recém-nascido, e há relatos de ansiedade por parte das gestantes que sentem receio nessa nova fase de suas vidas.

Os cuidados no pré-natal são momentos de grande importância, com relação a viabilização de suporte emocional às mulheres, motivando uma interação entre mãe e bebê, assim como acompanhamento do binômio.

CATEGORIA 3:

FACILIDADES E DIFICULDADES ENFRENTADAS PELO ENFERMEIRO PARA A REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL NA ESF

O enfermeiro através do cuidado pré-natal deve atuar dentro da atenção básica tendo total autonomia, promovendo o bem estar físico das gestantes, visando as ações necessárias promovendo a educação em saúde de acordo com as necessidades de cada uma.[2]

Porém como em todo o serviço, existem dificuldades que são enfrentadas pelos enfermeiros em relação às condições estruturais dos serviços que frequentemente são impróprias, problemas na execução e entrega de resultado de exames, para que se haja uma boa qualidade no atendimento das gestantes e também da população de um modo

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

geral, é preciso que se ofereça condições necessárias para bons resultados desse trabalho, Contudo não depende apenas do profissional para reorganização do serviço, mas irá depender de trabalhadores e gestores de saúde e na articulação dos serviços.[9]

Nesse seguimento, diversos estudos relatam que para uma boa assistência realizada de forma adequada é necessário que ocorra uma transformação por parte dos sistemas e profissionais por meio do uso de protocolos que devem ser introduzidos na atenção básica. O uso desses instrumentos proporciona ao profissional uma maior sistematização e orientação de suas respectivas funções para que tudo seja de um modo organizado e aconteça de uma maneira eficaz e de boa qualidade.[14]

Contudo, a maior parte dos profissionais de saúde, frequentemente por diversas causas, entre elas a falta de conhecimento a respeito das recomendações padrão com relação a prática da atenção qualificada, podem não conseguir desempenhar o seu papel enquanto profissional.[9]

Assim, o enfermeiro deverá ser capacitado e aprimorar seus conhecimentos para que possa suprir as necessidades de seus usuários. Através de seus conhecimentos e suas habilidades o enfermeiro vem auxiliando com relação a diminuição de erros, referente a assistência à saúde das gestantes, e recém-nascidos, no entanto, faz-se necessário, o aperfeiçoamento contínuo deste cuidado.[18]

As práticas educativas são de extrema importância, e irão contribuir para o conhecimento do enfermeiro sobre os cuidados em saúde e ajuda a reduzir os erros que possam acontecer pois o enfermeiro é indispensável na realização dessas atividades.[9]

Nas consultas de pré-natal, o enfermeiro muitas vezes sente algumas dificuldades com relação às gestantes, pois muitas vezes as orientações que são repassadas para elas não são seguidas a risca, no entanto o enfermeiro deve explicar essas orientações, e salientar a importância que tem para que tudo possa correr bem com elas durante toda a fase gestacional, como também criar vínculos , escutá-las e manter uma relação profissional-paciente para que a assistência seja de qualidade.[11]

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Os protocolos dos quais o enfermeiro desempenham suas atividades nas consultas, acompanham procedimentos tais como; exames complementares em geral, coleta de Papanicolau, imunização, exame físico, dentre outros, são de importância para sua participação. Dificuldades são mencionadas pelos enfermeiros, como processos de trabalho exaustivo, e diferenças em atendimentos em uma UBS e ESF, contudo a ESF, vem sendo mais privilegiada em elogios e atendimentos por ter uma satisfatória participação nesses atendimentos junto com a equipe de enfermagem.[18]

No Brasil o pré-natal de baixo risco possui um desempenho importante com relação a sua assistência, entretanto deve ser acompanhado, pois muitas vezes não são cumpridas as regras do programa que são padrão, especialmente quando se trata da percepção das mulheres na primeira consulta, e não são cumpridas as exigências com relação ao número de consultas ideais e exames complementares de rotina .[3]

Como forma de organização, o uso de protocolos por parte dos enfermeiros é imprescindível, pois se identifica como um suporte para uma assistência de qualidade para com seus pacientes, além de fazer com que o profissional fique respaldado de alguma intercorrência que possa acontecer.[19]

No entanto, os profissionais terão que ser capacitados para desempenhar tal papel junto a gestante, pois até então existe despreparo com relação a essas tecnologias para prestação da assistência.[16]

Salienta-se que um ponto importante é necessário de ser mencionado é a falta de trabalho em equipe relacionado ao uso desses protocolos, pois os médicos constantemente se recusam a contribuir com o enfermeiro no que diz respeito a assistência, assim é necessário que ocorra uma união coletiva de forma participativa com toda a equipe.[14]

Portanto conclui-se que realizar atividades fundamentadas em uso de protocolos relaciona-se aos fatores sociais, comportamentais e organizacionais, e todos devem

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

contribuir para um só objetivo desempenhando seu papel de maneira positiva e oferecendo aos pacientes uma sistematização de boa qualidade.

CONCLUSÃO

O objetivo do estudo foi alcançado, sendo possível relatar o papel do enfermeiro junto com suas ações relacionadas ao pré-natal dentro da Estratégia Saúde da Família. Com relação às limitações do estudo, se faz necessário um crescimento nas discussões entre todos os profissionais que compõem a ESF, e a apresentação por parte de cada um, a fim de discutir os pontos positivos e negativos e buscar uma solução para os problemas que serão expostos.

A contribuição desse estudo para a enfermagem é salientar a importância da realização do pré-natal para as gestantes, como também orientação, esclarecimento de dúvidas a respeito do assunto para que assim possa ser oferecida uma sistematização de melhor qualidade.

O ideal é que existam novos estudos relacionados ao tema servindo de referencial e que faça com que outros profissionais enfermeiros adotem a sistematização indicada nesse estudo, pois é de grande importância para o conhecimento de todos os componentes da equipe.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira GE, Fernandes ITGP, Flores PCB, Conceição KM, Caetano SA, Souza LN, et al. A atenção do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco. Brazilian Journal of Health Review. 2021; 4(1):2114-2127.

2. Alves TV, Bezerra MMM. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional/Main Physiological and Psychological changes during the management period. ID on line revista de psicologia. 2020;14(49):114-126.

3. Alves CF, Mendes J, Azevedo A, Correia TI. O impacto do modelo de parteira em gravidez de baixo risco: a experiência internacional. Escola Superior de Saúde de Vale do Ave.2019.

4. Menetrier JV, Almeida G. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco com parto prematuro em um hospital de referência. Saúde e Pesquisa. 2016; 9(3):433-441.

5. Oliveira MHMD. Perfil epidemiológico e hábitos alimentares de gestantes de alto risco acompanhadas em centro de referência do município de Vitória de Santo AntãoPE (Bachelor's thesis). 2019.

6. Muniz FDFS, Rocha FDCG, Ramos ASMB, Nunes SFL. Assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco na atenção primária. JMPHC Journal of Management & Primary Health Care. 2018; 2179-6750:(9).

7. Mattos LMM, Schmidt DB. A rotina do profissional de enfermagem em Unidade Básica de Saúde na assistência ao pré-natal de baixo risco. Cad. Saude e desenv. 2016; 8(5).

8. Mendes KDS, Silveira RCDCP, Galvão C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & contexto-enfermagem. 2008; 17(4), 758-764.

9. Costa DKP, Arruda LP, Magalhães AHR, Abreu LD, Ponte KMA, Freitas CHA. Cuidados de enfermagem No pré-natal e segurança Do paciente: revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line. 2016.

10. Melo RA, Gomes GMS, Fernandes FECV, França PRCL. A violência obstétrica na percepção dos profissionais que assistem ao parto. Revista Enfermagem Atual In Derme. 2020; 91(29).

11. Pohlmann FC, Kerber NPC, Pelzer MT, Dominguez CC, Minas JM, Carvalho VF. Rev.enferm.2016; 25(1).

12. Pereira CML.Aperfeiçoamentos no SisPreNatal com integração à caderneta da gestante. 2019.

13. Sehnem GD, Saldanha LS, Arboit J, Ribeiro AC, Paula FM. Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros. Revista de Enfermagem Referência. 2019; (1),19050.

14. Gomes CBDA, Dias RDS, Silva WGB, Pacheco MAB, Sousa FGMD, Loyola CMD. Consulta de enfermagem no pré-natal: narrativas de gestantes e enfermeiras. Texto & Contexto-Enfermagem. 2019; 28.

15. Andrade FM, Castro JFL, Silva AV. Percepção das gestantes sobre as consultas médicas e de enfermagem no pré-natal de baixo risco. Artigo de revisão. Rev. enferm. Cent. O. Min. set/dez, 2016.

16. D'avila CG, Puggina AC, Fernandes RAQ.Construção e validação de jogo educativo para gestantes. Escola Anna Nery. 2018; 22(3).

17. Alves ACPereira, Figueiredo MFER, Souza NPLuís, Oliveira CJ, Oliveira DR, Sousa WM. Aplicação de tecnologia leve no pré-natal: um enfoque na percepção das gestantes. Artigo de revisão. Rev. enferm. UERJ. 2013.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

18. Silva AAB, Andrade C. O papel do enfermeiro na assistência, educação e promoção da saúde no pré-natal. Research, Society and Development. 2019; 9(10), e9989109477-e9989109477.

19. Santos LL, Oliveira RDCM, Silva Barbosa VV, Silva Ribeiro A.Papel do Enfermeiro na assistência do pré-natal na Atenção Básica de Saúde. Research, Society and. 2020; 9(8), e753986202-e753986202.

CAPÍTULO V

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

Maiara Luci Silva Costa[26]; Rosimara Soares Faustino[27]; Simone Tomaz Batista[28];
Denise Rocha Raimundo Leone[29].
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-05

RESUMO:
Introdução: A violência contra mulher é um problema recorrente em todo o mundo, causando diversos danos que podem ser físicos, financeiros, psicológicos e a saúde das vítimas. Sua incidência vem aumentando consideravelmente nos últimos anos. E considerando que estas mulheres são potenciais usuárias dos serviços de saúde, nos quais os enfermeiros prestam assistência, torna-se relevante a atuação destes. O objetivo do trabalho é compreender a atuação do enfermeiro frente aos tipos de violência contra a mulher. Para tanto foi realizada uma revisão narrativa da literatura. Para as buscas de artigos, utilizou-se as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Scientific Eletronic Library Online, National Library of Medicine e National Institutes of Health, Base de Dados de Enfermagem. Foram utilizados os seguintes descritores em Ciências da Saúde, Assistência de Enfermagem, Violência Contra a Mulher, Cuidados de Enfermagem, e nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. Adotou-se como filtro, manuscritos publicados nos últimos cinco anos. Desenvolvimento: Com a análise dos artigos surgiram as seguintes categorias: Epidemiologia da violência contra a mulher; Tipos de violências sofridas pelas mulheres; Surgimento da Lei Maria da Penha: avanços para a proteção da mulher; Assistência de Enfermagem à mulher vítima de agressão e Locais de saúde para assistência à mulher vítima de violência. E apreendeu-se que, algumas instituições adotam seus próprios protocolos e condutas para a assistência de enfermagem à mulher que sofreu violência, enquanto outras realizam um atendimento baseado nos sinais e sintomas apresentados pela vítima. O enfermeiro ao receber essa mulher, costuma perceber que ela está fragilizada, receosa, com inúmeras dúvidas e medos. Sendo assim, a abordagem profissional da equipe de saúde, sobretudo do enfermeiro, deve ser coesa e clara, com empatia e humanização. A assistência ofertada deve ser em local reservado e necessita ser resolutiva, que oriente, esclareça, e que utilize os procedimentos, protocolos e fluxos estabelecidos pelos serviços de saúde. Ressalta-se que quanto mais capacitado o profissional for, melhor será o atendimento prestado.

26 Bacharelado em enfermagem pelo Centro universitário Estácio de Juiz de Fora. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7979009295172577. E-mail: maiaraluci21@gmail.com
27 Bacharelado em enfermagem pelo Centro universitário Estácio de Juiz de Fora. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8552030101320770. E-mail: faustino.rosimara@gmail.com
28 Bacharelado em enfermagem pelo Centro universitário Estácio de Juiz de Fora. E-mail: simonetomaz438@gmail.com
29 Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Centro Universitário Estácio Juiz de Fora. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6578591830719845. E-mail: denise.leone@estacio.br

PALAVRAS-CHAVE: Violência doméstica. Violência. Mulheres. Enfermagem. Violência contra mulher. Cuidados de enfermagem

NURSE'S PERFORMANCE IN ASSISTANCE TO WOMAN VICTIMS OF VIOLENCE

ABSTRACT:
Introduction: Violence against women is a recurring problem worldwide, causing several damages that can be physical, financial, psychological and the victims' health. Its incidence has increased considerably in recent years. And considering that these women are potential users of health services, in which nurses provide assistance, their performance is relevant. The objective of the work was to understand the role of nurses in the face of types of violence against women. To this end, a narrative literature review was carried out. For article searches, the following databases were used: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, Scientific Eletronic Library Online, National Library of Medicine and National Institutes of Health, Nursing Database. The following descriptors were used in Health Sciences, Nursing Assistance, Violence Against Women, Nursing Care, and in Portuguese, English and Spanish. Manuscripts published in the last five years have been adopted as a filter. Development: With the analysis of the articles, the following categories emerged: Epidemiology of violence against women; Types of violence suffered by women; Emergence of the Maria da Penha Law: advances for the protection of women; Nursing care for women who are victims of aggression and Health facilities for women who are victims of violence. And it was apprehended that some institutions adopt their own protocols and conducts for nursing care for women who have suffered violence, while others provide care based on the signs and symptoms presented by the victim. When the nurse receives this woman, she usually realizes that she is fragile, afraid, with countless doubts and fears. Therefore, the professional approach of the health team, especially the nurse, must be cohesive and clear, with empathy and humanization. The assistance offered must be in a reserved place and needs to be resolutive, to guide, clarify, and to use the procedures, protocols and flows established by health services. It is noteworthy that the more qualified the professional is, the better the service provided.
KEYWORDS: Domestic violence. Violence. Women. Nursing. Violence against woman. Nursing care.

INTRODUÇÃO

A violência contra mulher tem sido um problema recorrente em todo o mundo, causando diversos danos físicos, financeiros e psicológicos a saúde das vítimas, tornando

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

esse tipo de agressão um problema de saúde pública, visto que tais danos causados pela violência recorrente gera um compilado de transtornos a vida da mulher (SANTOS et al., 2018). Ela também é denominada como violência de gênero, tendo influência nos fatores biológicos, sociais, políticos e financeiros, sendo o primeiro fator o de maior relevância na maioria dos casos (NETTO et al., 2018).

É estimado que, segundo a Organização Mundial da Saúde, uma em cada três mulheres é, já foi ou será vítima de violência doméstica (OPAS BRASIL, 2017).

Segundo Waiselfisz (2015, p. 11) em seu Mapa da Violência de 2015, "os homicídios tiveram um aumento de 252% no período de 1980 a 2013", sendo uma mulher morta a cada 2 horas no país.

No período de 2011 a 2015, foram notificadas no Sistema de Formação de Agravos e Notificação (SINAN), 162.575 mil casos de violência contra a mulher e no Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM), 18.478 mil mortes por agressão a mulheres, na faixa etária de 20 a 60 anos. Na cidade de Natal, em 2014, foram registrados 3.624 processos referentes a violência contra a mulher. Contudo, sabe-se que estes dados são subnotificados, podendo ser bem maior o número de mulheres que sofrem agressão (SANTOS et al., 2018; FREITAS et al., 2017).

Dentre os fatores associados à violência contra a mulher estão a baixa escolaridade, os maus tratos na infância, a violência familiar por parte das vítimas, os múltiplos parceiros, a aceitação da violência onde algumas nem chegam a denunciar os agressores, a falta de comunicação entre o casal, o transtorno de personalidade dos autores, a desigualdade de gênero, o uso de álcool e outros tipos de drogas, os antecedentes de violência por parte dos autores, brigas e discordâncias, e ideologias que privilegiam o homem. Por esses motivos, há, nos dias atuais, projetos voltados a dar mais independência às mulheres, com o objetivo de geração de renda e levando informações relevantes para que a mulher saiba identificar as agressões e encorajar possíveis denúncias (OPAS BRASIL, 2017).

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Considerando o perfil das mulheres que sofrem violência, as mulheres de cor negra têm o maior número de registros de internação devido à agressão, seguido de mulheres pardas e depois as brancas. Os tipos de violência mais cometidos são física e sexual e estão relacionados ao companheiro ou alguém próximo. Já a questão do gênero e as violentadas por algum tipo de arma estão associadas a algum tipo de criminalidade (RODRIGUES; RODRIGUES; FERREIRA, 2017).

As jovens negras de baixo nível de escolaridade são as mais vulneráveis na visão global e boa parte das violências sexuais não é notificada, por vergonha, medo, sentimento de culpa, falta de apoio familiar, e principalmente quando o agressor faz parte do ciclo social, como pais, padrasto, avô, tio, primo (MADEIRO et al., 2019).

Contudo estes dados podem variar conforme região, como por exemplo, foi observado, em um estudo entre 2009 a 2016, no Piauí, que na fase reprodutiva, as mulheres sofrem mais com a violência, sendo a física a de maior proporção. As mulheres que apresentam idade até 29 anos, que tenham cursado até o ensino fundamental, raça parda e casadas, são as mais vulneráveis para o cenário de violência, pois mantêm o agressor como parceiros íntimos e a ocorrência dentro da própria residência. A ruptura do modelo de submissão da mulher ao provedor familiar, incide sobre a exposição da agressão, no âmbito mundial. Ocorre um aumento da violência quando existe uso de drogas lícitas ou ilícitas, tanto por parte do agressor quanto da vítima (MOTA; AGUIAR, 2020).

Dentro do período acima mencionado, no Piauí, a violência sexual apresentou como perfis predominantes adolescentes, raça parda, mulheres solteiras, abuso por desconhecidos e abordagem em via pública. A violência sexual ocorre também dentro do grupo familiar, atingindo mais as crianças e adolescentes, sendo que geralmente ela só é compartilhado quando ocorre a gravidez indesejada (MADEIRO et al., 2019).

Já no estado de São Paulo, as vítimas de violência sexual tinham como antecedentes a atividade sexual iniciada entre 15 e 18 anos, o não uso de método contraceptivo, ter contato com até 3 parceiros e já ter apresentado doença sexual

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Papiloma Vírus Humano (HPV). Mostrou também que, mulheres que tinham mais de 3 filhos ou que gestaram mais de 4 vezes, eram as mais suscetíveis a violência pelo parceiro (SILVA et al., 2020).

A puberdade é um período que desponta a carência de se encontrar em algum grupo, onde as emoções e a necessidade de viver aventuras trazem uma fragilidade, trazendo a participação de condutas e escolhas ruins como o experimento de bebidas alcoólicas, o tabagismo, as drogas ilícitas, o uso inadequado do ambiente virtual, a sedução por maiores e o incentivo a encontros sexuais casuais, sendo que em muitos desses encontros pode ocorre a violência, pois não existe sentimento de respeito, confiabilidade e segurança, levando a vítima a inúmeros tipos de violência e perigo de vida (BRASIL, 2016).

Diante deste panorama, é necessário que o enfermeiro esteja munido de todas as informações para atender a vítima (RODRIGUES; RODRIGUES; FERREIRA, 2017). Nesse contexto, a enfermagem deve se atentar para a prática de saúde ideal em cada atendimento, considerando o tipo de violência sofrida pela mulher. Segundo o Ministério da Saúde, o acolhimento é uma ferramenta que busca proporcionar qualidade a assistência, visando reduzir os danos à vítima, já que esse atendimento costuma ser um dos primeiros a serem procurados. Porém, o constrangimento ainda impede que os relatos verídicos e as informações necessárias sejam passadas, gerando subnotificações e podendo mascarar a gravidade desse tipo de crime tão comum e rotineiro em nosso meio (BRASIL, 2016).

A enfermagem atua como protagonista nesse processo de acolhimento, dando assistência, informando os cuidados e direitos das vítimas e incluindo seus familiares, quando possível (NETTO et al., 2018).

Um dos papéis do enfermeiro é realizar o acolhimento de forma acessível, integral, criterioso e sigiloso, visando desempenhar de forma neutra a sua assistência, realizando uma relação de acessibilidade para criar um vínculo de confiança, visto que a mulher vitimizada, sofre inúmeros preconceitos e dificuldades em ter acesso ao

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

atendimento, pois a falta de informação de seus direitos a assistência correta somado a falha no sistema de saúde pública, colabora para a subnotificação dos casos (SILVINO et al., 2016; GARBIN et al., 2015).

Contudo, há outros papéis que o enfermeiro pode e deve assumir na assistência a mulheres que sofreram violência sexual, e ao considerar os tipos de violência que podem acometer as mulheres e a magnitude deste problema, este trabalho toma por objeto a assistência de enfermagem à mulher vítima de violência e a questão que norteou essa revisão foi: Qual a assistência do enfermeiro a mulher vítima de violência? Nesse contexto, o objetivo desta foi: Compreender a atuação do enfermeiro na assistência à mulher vítima de violência.

METODOLOGIA

Realizou-se uma Revisão Narrativa de Literatura, que constituem basicamente de análise da literatura publicada em artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas, com a finalidade de contribuir para a educação continuada (ROTHER, 2007).

Os artigos utilizados nesta pesquisa visam responder a questão norteadora através de buscas eletrônicas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), National Library of Medicine (PUBMED), National Institutes of Health (NIH) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), e utilizando-se das palavras-chave: Violência doméstica. Violência. Mulheres. Enfermagem. Violência contra mulher. Cuidados de enfermagem, e seus respectivos correspondentes em inglês e espanhol. Utilizou-se o operador booleano AND. Foi aplicado o filtro de data de 2015 a 2020. A coleta de dados ocorreu durante o mês de setembro e outubro de 2020.

DESENVOLVIMENTO

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Com base nas buscas realizadas nos bancos de dados citados, foram encontrados artigos relacionados ao tema da pesquisa apresentada, onde esses resultados reforçam a ideia de que o enfermeiro deve estar preparado para atender as vítimas de violência e fazer o redirecionamento delas de forma correta para a sua melhor recuperação.

Além disso, aprendeu-se que as mulheres podem sofrer diversos tipos de violência e que a atuação do enfermeiro varia conforme o tipo de violência. Neste sentido, emergiu da análise as categorias a saber: Epidemiologia da violência contra a mulher; Tipos de violências sofridas pelas mulheres; Surgimento da Lei da Maria da Penha: avanços para a proteção da mulher e Assistência do enfermeiro à mulher vítima de violência e os Locais de assistência à saúde da mulher vítima de violência.

EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHER

Em todo mundo, segundo estimativas publicadas pela Organização Mundial da saúde (OMS), quase um terço das mulheres (30%) já se relacionaram com parceiros violentos e relatam terem sofrido violência física e/ou sexual provindas desse relacionamento, e somado a isso, 38% dos feminicídios no mundo são cometidos por parceiros do sexo masculino (OPAS BRASIL, 2017).

Um estudo publicado em 2017 pela OPAS BRASIL e realizado em 2005 em 10 países, estima que 15% de mulheres no Japão e 71% na Etiópia relataram terem sofrido violência física e/ou sexual por parte de seus parceiros, tendo em comum baixa e média renda e idade entre 15 e 49 anos. Além disso, entre 0,3% e 11,5% com mais de 15 anos de idade afirmaram que sofreram violência sexual por parte de pessoas que não eram seus parceiros. Ademais, 17% das mulheres na Tanzânia rural, 24% no Peru rural e 30% em zonas rurais de Bangladesh relataram que a primeira experiência sexual foi forçada (OPAS BRASIL, 2017).

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Considerando os dados sobre Violência de Gênero, a cada 8 minutos foi registrado um estupro no Brasil, o que totaliza 66.123 boletins de ocorrência deestupro registrados em delegacias, sendo 85,7% do sexo feminino. Os homicídios dolosos e os feminicídios cresceram no primeiro semestre de 2020, comparando com 2019, aumentando de 1.834 para 1.861 para homicídio doloso e de 636 para 648 no caso de feminicídio (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020).

Todavia, no que se refere à violência sem o desfecho de homicídio, no Pará, houve uma redução de 49,1% no total de ocorrências de violência contra a mulher registradas entre os dias 19 de março e 02 de abril, se comparado ao mesmo período de 2019. No caso das lesões corporais dolosas decorrentes de violência doméstica, no Estado do Mato Grosso, por exemplo, os registros apresentaram uma queda de 21,9%, passando de 953, em março de 2019, para 744, em março de 2020 (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020).

No Rio Grande do Sul, os registros de agressão apresentaram uma queda de 9,4%, em março deste ano, comparado com mesmo mês do ano passado, e de 14,7% em relação a 2018. Também na comparação de março de 2020 com março de 2019, no Acre, a queda dos registros de agressão foi de 28,6%, no Ceará de 29,1% e no Pará de 13,2%, porém, apenas no Rio Grande do Norte se verificou um crescimento dos registros desse tipo de violência, pois em março de 2020 o aumento foi de 34%, em relação ao mesmo mês de 2019, e de 72% em relação a 2018. No Brasil, o número total de denúncias caiu de 8.440, em março de 2019, para 7.714, em março de 2020, mostrando uma redução de 8,6% (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020).

Neste ano de 2020, durante a quarentena causada pela pandemia da COVID-19, a Itália, que entrou em quarentena no dia 09 de março e apresentou uma das situações mais críticas de casos de coronavírus, foi registrada uma queda de 43% das denúncias/ocorrências de crimes domésticos em seu território. De acordo com os dados oficiais divulgados pelo comitê parlamentar de violência contra mulheres, os relatórios da polícia sobre abuso doméstico caíram para 652, nos primeiros 22 dias do mês de

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

março, comparado a 1.157 no mesmo período de 2019. Também, a maior linha de apoio à violência doméstica do país, o Telefone Rosa, afirmou que as ligações caíram 55% desde o princípio do isolamento, onde foram registradas apenas 496 chamadas nas duas primeiras semanas de março, sendo que no mesmo período do ano passado foram 1.104 de chamadas (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020).

No Brasil, os casos de violência doméstica aumentaram consideravelmente, efeito do isolamento social imposto é necessário, o que piorou para a vida de milhares de mulheres que já viviam em situação de violência doméstica, já que estas foram obrigadas a permanecer mais tempo no lar junto a seu agressor, por outro lado, o número de denúncias diminuiu, presumindo o medo das vítimas em denunciar. Segundo dados disponibilizados pelos Tribunais de Justiça de cada estado, o número de solicitações e concessões de medidas protetivas de urgência apresentaram uma queda de, respectivamente, 3,7% e 8,8% durante o mês de março, no estado do Acre, quando comparado ao mesmo período do ano passado. Já em São Paulo, houve um aumento de 2,1 % de solicitações e de 31% de concessões das medidas, assim como no estado do Pará, que registrou aumento de 8,9% de concessões (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020).

Com isso, vimos que a redução das denúncias teve como determinante o período de isolamento social. Porém, as demandas de atendimento por agressão não cessaram, visto que essas mulheres continuam sendo agredidas.

TIPOS DE VIOLÊNCIAS SOFRIDAS PELAS MULHERES

A seguir encontram-se as especificações quanto aos principais tipos de violência existentes.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

A assistência do enfermeiro às vítimas de violência doméstica busca proteger e amparar esse tipo de paciente, com o objetivo de assistir e orientá-las da situação no qual convivem e prevenir futuros agravos (ALECRIM et al., 2020).

Segundo a Lei Maria da Penha, violência doméstica é: "[…] qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial" (BRASIL, 2006, art. 5).

Salienta-se que todo caso de violência doméstica deve ser notificado aos órgãos competentes, por ser considerada repetitiva e podendo gerar danos irreversíveis, como a mulher ficar mais suscetível a contrair Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), aborto induzido, abuso de álcool, depressão e suicídio. A violência doméstica durante a gravidez pode contribuir para aborto espontâneo e interrupção da amamentação (MADEIRO et al., 2019).

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

Define-se por violência psicológica o ato ou conduta que cause danos emocionais, impotência, deprecie seu desenvolvimento pessoal, use o medo da vítima para gerar controle sobre a mesma, manipulando, gerando isolamento social, causando constrangimento e humilhação em público, assim o adoecimento psíquico (BRASIL, 2016).

A violência psicológica, também conhecida como Agressão Silenciosa, é pouco conhecida, e faz com que a mulher perca sua autoestima ou até mesmo sua identidade, necessitando em alguns casos de reabilitação psicossocial devido ao prejuízo causado a sua saúde mental (CORTES; PADOIN, 2016).

Há uma grande dificuldade em identificar a violência psicológica devido ao constrangimento apresentado por esse tipo de paciente, fazendo-se necessária a criação de um vínculo entre o profissional e a vítima para identificar o tipo de violência (CORTES; PADOIN, 2016).

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

VIOLÊNCIA FÍSICA

Define-se por violência física a conduta ou ato que visa degradar a integridade corporal, pelo uso de força intencional, causando dor e sofrimento. É uma ocorrência antiga e ainda subnotificada, porém atualmente tem ganhado visibilidade, devido à gravidade dos casos divulgados na mídia. Esta pode ocorrer no ambiente familiar, onde o agressor é uma pessoa próxima ou íntima, sendo de confiança, sem consanguinidade, ou até mesmo por funcionários, agregados ou pessoas que frequentam a residência ocasionalmente (MADEIRO et al., 2019; ACOSTA et al., 2017; BRASIL, 2016).

As mulheres mais agredidas são casadas ou que mantêm uma união estável, sendo que a quebra de submissão e a crença de superioridade do homem perante a mulher muitas das vezes é o motivo para a prática da violência. Todas as mulheres, independente da faixa etária, orientação sexual, etnia ou condição econômica podem se deparar, em algum momento da sua vida, com essa agressão. E à medida que a mulher envelhece, fica menos suscetível a esta situação, pois adquire maturidade e meios de proteger-se. Mesmo assim, pode decorrer da infância à velhice e em todos os ambientes (MADEIRO et al., 2019; BRASIL, 2016).

A violência gera, seja a curto ou a longo prazo, problemas social, psicológico, físico, sexual, reprodutivo, utilização de medicamentos por longa data e alta rotatividade no emprego, acarretando alguma intervenção em saúde em algum momento da sua vida (MADEIRO et al., 2019; ACOSTA et al., 2017; BRASIL, 2016).

VIOLÊNCIA SEXUAL

Violência sexual é todo ato, de atividade sexual não consentida, realizado a força ou que force a presenciar alguma prática de violência sexual, causando constrangimento. Neste tipo de violência, as mulheres solteiras são as mais atingidas, e geralmente o agressor é um desconhecido e a prática ocorre em local público. Vale salientar que a diferença entre os dados relacionados à violência contra mulher varia

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

conforme cultura, economia, leis que regem o país ou religião (SILVA et al., 2020; BRASIL, 2016).

Os danos causados pela violência sexual, as vezes não são imediatos, mas podem ocorrer tardiamente e perdurar por muitos anos, impactando na sua saúde física e mental e com demandas ao serviço de atendimento. Os problemas mais comuns apresentados por vítimas sexuais são trauma emocional, dificuldades de convivência social, fobias diversas, dificuldade de relacionamento sexual, insônia, dor crônica e/ou pélvica, início do uso de substâncias liberadas ou não, gravidez de alto risco, ansiedade e depressão. Como não existe nenhum cuidado preventivo, há uma probabilidade maior de contaminação por HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, além de ocorrência de gravidez indesejada (MADEIRO et al., 2019; SILVA et al., 2020).

A violência sexual por parceiro íntimo tende a trazer mais danos psicológicos, devido ao maior tempo de agressão, porém, a realizada por desconhecidos é a que gera as agressões mais violentas fisicamente e pode, em alguns casos, terminar em óbito. Quando a violência ocorre por conhecido, a vítima muitas das vezes não consegue realizar a denúncia, pois pode ter dependência econômica com o agressor, ter filhos com ele, dependência emocional e falta de apoio no âmbito familiar e social. Além disso, muitas mulheres não conseguem se visualizar em um relacionamento abusivo, se apegando na esperança de mudança do agressor, ou até mesmo induzidas pela religiosidade (MADEIRO et al., 2019; SILVA et al., 2020).

É importante ressaltar que uma relação sexual, mesmo consentida, com menor de 14 anos é crime, de acordo com o Código Penal Brasileiro (SILVA et al., 2020).

VIOLÊNCIA DE GÊNERO

Entendemos que a violência de gênero ocorre devido a qualquer tipo de agressão física, psicológica, sexual ou simbólica contra alguém em situação de vulnerabilidade devido a sua identidade de gênero ou orientação sexual. Desta forma,

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

ocorrendo com mulheres só pelo fato de serem mulheres. Assim também com as transgênero e as travestis que quando estas sofrem agressões e violências, seu atendimento acaba sendo prejudicado e em alguns casos até negado devido ao preconceito. Entretanto, pela Lei nº12.845/2013, o atendimento nas unidades de saúde é garantido e até obrigatório a qualquer pessoa que sofra violência, independente da sua opção sexual (BRASIL, 2016).

SURGIMENTO DA LEI MARIA DA PENHA: AVANÇOS PARA A PROTEÇÃO DA MULHER

No ano de 1983, Maria da Penha Maia Fernandes, uma farmacêutica brasileira, sofreu severas agressões do marido, o professor universitário Marco Antônio Heredia Viveros, que primeiro tentou matá-la com um tiro de espingarda, onde ela ficou paraplégica. Depois de passar quatro meses no hospital, Maria voltou para casa, e seu marido tentou eletrocutá-la enquanto tomava banho (IMP, 2020).

Depois de uma árdua batalha para que seu agressor fosse condenado, sendo que o caso foi julgado em 1991, Maria sentiu em certo momento que a justiça seria feita, mas a defesa do agressor alegou irregularidades no processo. O caso foi julgado novamente em 1996, com nova condenação, porém, mais uma vez a defesa fez alegações de irregularidades e o processo continuou em aberto por alguns anos, mantendo Antônio, seu ex-marido, em liberdade (IMP, 2020).

Em 2001, o Estado Brasileiro foi condenado a reparação simbólica e material à vítima pela falha do Estado em oferecê-la um recurso adequado, ainda foi recomendada a finalização do processo penal contra o agressor de Maria da Penha, além da realização de investigações sobre as irregularidades apontadas e os atrasos no processo, e somado a isso, políticas públicas voltadas à prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher foram adotadas (IMP, 2020).

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Assim, houve a criação da Lei n. 11.340/2006, chamada Maria da Penha, e que foi sancionada em 7 de agosto de 2006, sendo inovadora em muitos sentidos, pois criou mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, algo que ainda não existia no ordenamento jurídico brasileiro (IMP, 2020).

Em 2019, a Lei Maria da Penha sofreu algumas alterações, nas quais consta permitir a apreensão de arma de fogo em posse do agressor. Além disso, o atual Presidente da República, também sancionou uma medida que permite que o agressor seja imediatamente afastado do convívio com a vítima sem autorização de um juiz (IMP, 2020).

Dentre os avanços desde a criação da Lei n. 11.340/2006, foram implementadas delegacias especializadas, redes de apoio à mulher vitimada, medida protetiva afastando o agressor da vítima, defensorias e a opção de denunciar pelo ligue 180. Isso contribui e muito para a segurança das vítimas (BRASIL, 2016).

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER VÍTIMA DE AGRESSÃO

A assistência de enfermagem visa a integralidade na atenção à saúde da mulher vítima de violência, para tanto o profissional deve manter uma postura de empatia e sensibilidade sem julgamentos, de forma acolhedora (MOTA; AGUIAR, 2020).

Para fortalecer um vínculo e para o cuidado ir além do imediatismo, é necessário orientação, proteção, redução e fim do ciclo de violência sofrida. A Saúde como setor, deve prover a mulher vítima de violência todo o atendimento necessário, seja assistencial, reabilitação, psicológico, físico ou abortamento legal, se for sua vontade (BRASIL, 2016).

A essência do atendimento de enfermagem a mulher é o acolhimento, onde é iniciado o primeiro passo de um percurso cauteloso e muitas vezes doloroso. Após a notificação do caso, o enfermeiro inicia os cuidados seguindo um protocolo institucional, utilizando da Sistematização da assistência de enfermagem e do processo de enfermagem

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

na tomada de decisão e na prática clínica, devendo se atentar, também, para as competências éticas e legais. Não cabe ao enfermeiro julgar ou responder pela vítima, pois as informações passadas pela mesma devem ser mantidas em sigilo (ACOSTA et al., 2017; BRASIL, 2016).

Torna-se necessário que o enfermeiro tenha a capacidade de se colocar no lugar do outro, e quando isso não ocorre por parte dos profissionais, a vítima pode se distanciar. O profissional deve, no seu atendimento a vítima, procurar exercer empatia, mantendo a subjetividade de cada mulher, interligado a sensibilidade, para saber abordar de forma clara e sem ofensa, mantendo uma escuta atenta para que nenhuma informação seja perdida ou desvalorizada, de preferência em um ambiente calmo, iluminado, tranquilo e privativo, para que a mulher se sinta segura e confiante para conversar, estabelecendo um elo de ética e confiança (MOTA; AGUIAR, 2020; BRASIL, 2015).

O enfermeiro, na coleta de dados e exame físico, deve descrever de forma clara as queixas, reações físicas e expressões apresentadas e anotar com precisão as lesões, localização e classificá-las. Nesse momento, é de suma relevância preservar e atentar-se para o espaço/tempo de cada mulher, pois, cada vez que precisa recontar o fato, ela o faz revivendo a violência. Esse período é necessário para planejar o projeto terapêutico e cuidados, com garantia da privacidade e confiabilidade. Durante o exame físico, o enfermeiro explicará passo a passo o que será realizado, onde irá tocar ou apalpar, os exames que serão realizados e o porquê de cada material coletado. Havendo algum tipo de recusa, o enfermeiro deve relatar e preservar o poder de decisão (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016).

Abaixo (figura 1), segue o quadro com as lesões corporais mais frequentes observadas por profissionais da saúde em caso de violência sexual:

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Figura 1: Lesões corporais mais frequentes observadas em caso de violência sexualidade.

REGIÃO		POSSÍVEL LESÃO
Craniana	Couro cabeludo	Equimose, escoriação, edema traumático e ferida contusa
	Face	Fratura (malar, mentoniana e nasal), marcas de mordida, escoriação, equimose facial e edema traumático
	Olhos	Equimose periorbitária (olho roxo) e da esclerótica (hemorragia em esclera) e edema traumático
	Orelhas	Equimose, escoriação e edema traumático
	Boca	Equimose labial, equimose intraoral, escoriação, marca de mordida, fratura e trauma dentário
Cervical	Externa	Marca de mordida, equimose por sucção, equimose e escoriação
	Interna	Trauma laríngeo, alteração na voz (rouquidão, disfonia) e dificuldade de deglutição
Torácica e abdominal		Equimose, equimose por sucção, escoriação, marca de mordida e corpos estranhos presentes na pele: terra, graveto, etc.
Mamária		Marcas de mordida ou sucção, equimose, escoriação e laceração nos mamilos
Membros Superiores		Equimose (especialmente nos antebraços e mãos); lesões de defesa, escoriação, edema traumático e fraturas
Mãos		Equimose, escoriação, edema traumático e fratura
Membros Inferiores		Equimose (especialmente nas faces mediais das coxas); lesões de defesa, escoriação, marca de mordida e edema traumático
Genital		Equimose, escoriação, edema traumático e rotura himenal
Anal		Equimose, escoriação, edema traumático, laceração e dilatação
*A existência dessas lesões não caracteriza por si a violência sexual, uma vez que podem ser resultantes da prática sexual consentida.		

Fonte: BRASIL, 2015

Salienta-se que o profissional deve manter um fluxo do atendimento em uma sala reservada, sem identificação e evitando exposição da vítima. A sala deve conter materiais e insumos, para coleta de matérias e atendimentos iniciais necessários à vítima (BRASIL, 2015).

Cabe ao enfermeiro não só prestar o atendimento no momento do ocorrido, mas também através de visitas domiciliares e realização de educação em saúde com palestras, cartazes e rodas de conversa, criando um vínculo com os familiares da vítima, ou até mesmo com as pessoas de seu convívio para que ela se sinta confiante em recomeçar. Caso o profissional esteja em um nível de atenção que não possibilite esse acompanhamento, como por exemplo, na atenção hospitalar, é necessário que o mesmo encaminhe esta mulher para atenção primária à saúde (XAVIER; SILVA, 2019).

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

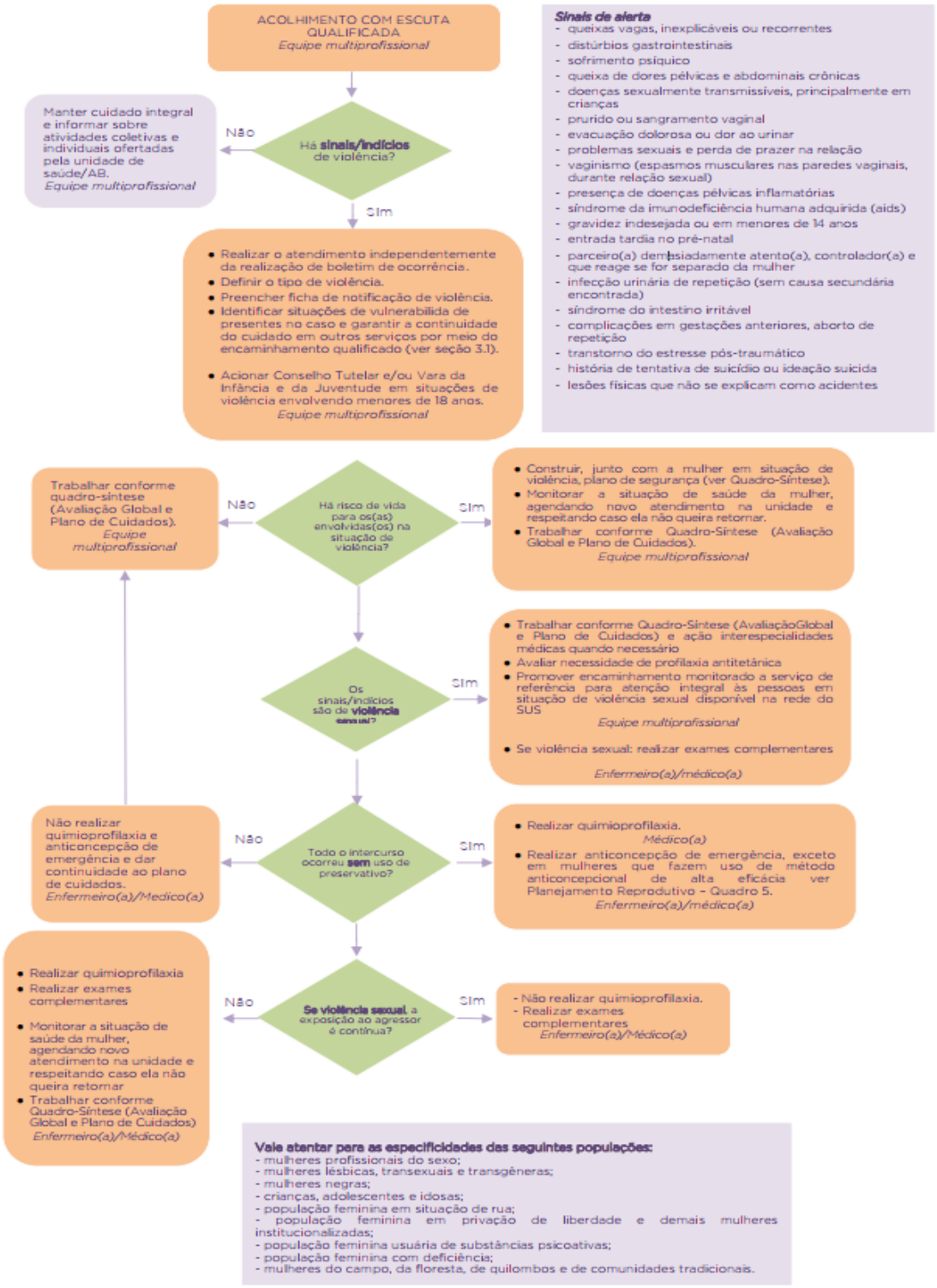
Salienta-se que o atendimento às vítimas visam o respeito, com o objetivo de diminuir o sofrimento apresentado por elas e que as mesmas recebam todo o cuidado de enfermagem, com o objetivo de suprir as suas necessidades biopsicoespirituais, dando prioridade a assistência à saúde das vítimas, antes de qualquer procedimento que envolva processos jurídicos e/ou policial (ACOSTA et al., 2017).

Como exemplo da dinâmica de atendimento de saúde, segue o fluxograma de atendimento na atenção básica às mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual (figura 2).

Conforme o fluxograma abaixo demonstra, além da assistência do enfermeiro, é necessário que seja ofertado a estas mulheres o atendimento multiprofissional, que também é disponível no SUS é indispensável, a fim de auxiliar a mulher no enfrentamento da violência sofrida. É necessário criar mais espaços para a mulher ser ouvida e ter seu direito de tratamento atendido, conforme suas demandas, sem sofrer preconceito ou discriminação (MADEIRO et al., 2019).

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Figura 2: Fluxograma de atenção básica às mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual



Fonte: BRASIL, 2016

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Considerando as vítimas de violência sexual, deve-se iniciar a profilaxia das medicações, para evitar uma gravidez indesejada e transmissão de alguma Infecção Sexualmente Transmissível – IST. Em situações de violência doméstica e/ou psicológica, conhecer o histórico da vítima é um ponto chave para um bom atendimento e, saber o tipo de violência sofrido, agrega a sistematização da assistência, visando o bem-estar emocional, em conjunto com a prática clínica. Medo e incertezas transmitidas pelo enfermeiro podem ocasionar a sensação de frustração à vítima, e a impedem que se sinta segura e esclarecida o suficiente para conseguir sair da situação e do convívio com o agressor (CORTES; PADOIN, 2016).

A assistência à mulher vítima de violência sexual, segue um fluxo de atendimento, acolhimento, registro da história, exames clínicos e ginecológicos, coleta de vestígios, contracepção de emergência, profilaxias para Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV, IST e Hepatite B e a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, por meio da ficha de notificação da violência, exames complementares, acompanhamento social e psicológico, seguimento ambulatorial e orientação sobre o boletim de ocorrência policial, caso seja do desejo da vítima (BRASIL, 2015).

A assistência prática se resume em curativos, preservação da saúde, o vínculo criado entre paciente e enfermeiro reforça a ideia de credibilidade nos dispositivos que atendem a situação de violência contra a mulher, e que, com essa ajuda, elas poderão encerrar esse ciclo de maus tratos e assim recomeçar novamente (ALECRIM et al., 2020).

Cabe ressaltar que o atendimento à vítima de violência sexual e/ou doméstica deve ser notificada, para tanto, faz-se necessário o preenchimento de impresso próprio para este fim.

Neste contexto, a capacitação continuada dos profissionais é importante para o acolhimento e esclarecimento de cada tipo de violência, a forma de abordagem durante a consulta de enfermagem e reciclagem, pois as leis podem ser aprimoradas e novos

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

projetos e notificações podem surgir ao longo do tempo. É de total importância preencher a ficha de notificação de forma correta (MADEIRO et al., 2019).

Dentre muitos desafios que o enfermeiro encontra ao prestar assistência à mulheres vítimas de violência, a frustração. Ainda que a vítima receba um atendimento integral, alguns enfermeiros se mostraram frustrados com o fato da mulher retornar para o mesmo ambiente violento em que se encontrava. Porém, muitas das vezes, isso ocorre pelo fato dela não ter para onde ir e talvez até na companhia de filhos pequenos, chamando a atenção dos profissionais para um melhor treinamento e capacitação para realizar esse tipo de atendimento (XAVIER; SILVA, 2019).

Vale ressaltar que o serviço de saúde mental deve ser ofertado aos profissionais que lidam por muito tempo com os casos de violência a mulher, pois diariamente são expostos a violência, e ao passar do tempo podem apresentar sofrimento emocional, levando a um atendimento superficial e encaminhando a vítima a outro serviço ou a subnotificação (BRASIL, 2015).

LOCAIS DE SAÚDE PARA ASSISTÊNCIA À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

A assistência envolve toda rede de atenção à saúde, neste sentido, a vítima de violência pode ser abordada pela Atenção Básica, diretamente quando procurar pelo pronto atendimento ou pela Delegacia da Mulher. Em ambos os casos, os serviços da vítima seguirão um cronograma de atendimento específico, lembrando que os serviços são articulados e sempre a mulher será orientada sobre seus direitos e sua vontade será respeitada. Essa articulação ocorre entre os órgãos de saúde, segurança e justiça (BRASIL, 2015).

No âmbito do atendimento, onde ocorre a atuação de enfermagem, destacam-se os hospitais, nos casos de violência física e/ou sexual, e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que registram a de natureza doméstica e/ou psicológica. Em muitos casos, nas

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

unidades hospitalares e devido a alta demanda de atendimento, o enfermeiro executa somente os cuidados relacionados às lesões físicas e as orientações básicas sobre as redes de atenção à mulher. Já nas unidades de Atenção Básica, se faz necessária a prevenção através de educação em saúde, e manter o público-alvo informado de todas as formas de violência e mostrar todas as contribuições do enfermeiro frente a essa situação (ALECRIM et al., 2020).

Observamos que dentre as diferenças dos atendimentos na rede hospitalar, o atendimento a vítima de agressão é de acordo com seus sinais e sintomas declarados por ela, já na UBS as vítimas são geralmente identificadas pela equipe do programa saúde da família (PSF) pelo fato de ter um contato direto e a frequência com que a paciente vai a unidade básica, na maioria dos casos. A vítima que busca um atendimento na UBS, seja por vergonha ou por constrangimento, acaba não relatando a violência sofrida de forma clara, tendo que expressar ou até mesmo inventar algo relacionado a saúde, para procurar ajuda devido aos sinais e sintomas que a mulher apresenta, e isso traz um alerta ao enfermeiro da atenção primária, pois ao se aproximar da vítima consegue ajudá-la devido ao vínculo que este âmbito de saúde tem com a comunidade. A atuação deve ser baseada em compreender que a mulher, ao chegar em uma unidade de atendimento, sendo ela primária, secundária ou terciária, busca a resolutividade para sair da situação nociva na qual está inserida (XAVIER; SILVA, 2019).

As pesquisas realizadas apontam que o acolhimento e a humanização do atendimento têm se mostrado eficaz no cuidado à vítima de violência, quando praticada pelo enfermeiro desde a sua entrada até sua alta. Foi observado também que o julgamento imposto pela sociedade ou no ambiente de convivência da vítima, e devido ao gênero, cor e condições econômicas, atrapalham na sua reinserção biopsicossocial, e que compete ao enfermeiro, no âmbito de atendimento através da UBS, o fortalecimento do vínculo com a vítima por meio das visitas domiciliares (ALECRIM et al., 2020).

O enfermeiro busca reduzir os danos causados e prevenir possíveis agravos das consequências devido à violência que a vítima sofreu, visando a segurança, pois é

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

esperado que os cuidados voltados às lesões físicas e/ou traumas possam auxiliar na sua recuperação física, e a conversa terapêutica possa trazer o equilíbrio emocional, além de induzir a vítima a aceitar ajuda para sair da situação de vulnerabilidade (CORTES; PADOIN, 2016).

Deve haver um aumento da prática de educação continuada aos profissionais, sobre o atendimento à vítima, fluxo de atendimento e registro das notificações, reflexões e debates nas secretarias envolvidas. O atendimento à vítima deve ser voltado para todas as áreas da saúde, e o profissional deve ter sensibilidade durante a ausculta para identificar sua necessidade e realizar a ampliação de práticas educativas sobre a temática voltadas à população (MOTA; AGUIAR, 2020).

Incentivar, nas UBS e escolas, a abordagem aos adolescentes a respeito do uso de métodos contraceptivos, saúde reprodutiva, encontros casuais, aplicativos e uso legal do ambiente virtual, além de uma orientação sobre o uso de drogas e o aborto ilegal, pois acreditamos que quanto mais informação e conhecimento gerado para as meninas e meninos no início da vida sexual, diminuem os casos de violência contra mulher. Ressalta-se ainda que a enfermagem necessita se modernizar e manter uma conexão sem ruídos com os outros órgãos, tendo que ser clara e objetiva, informando que a enfermagem é a arte do cuidar, e que todo o tempo que precisar o seu direito será respeitado (MOTA; AGUIAR, 2020).

Neste sentido, na assistência de enfermagem a vítimas de violência doméstica, o enfermeiro deve passar segurança, oferecer um atendimento humanizado, tratar a paciente com respeito, manter o sigilo das informações fornecidas pela vítima e promover a privacidade, ao mesmo deve-se manter um relacionamento e uma comunicação terapêutica, e caso a vítima apresente lesão física e/ou sexual, ele deverá realizar todo o procedimento para tratamento e cuidados da mesma (ALECRIM et al., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

No decorrer do processo de pesquisa nós entendemos que a enfermagem vai além da escuta e empatia, como descrito na maioria dos artigos encontrados na nossa pesquisa. A assistência do enfermeiro começa na prevenção, orientação sobre cidadania, nos direitos e deveres da mulher, na difusão de pensamento de igualdade e seguridade das suas escolhas sejam elas quais forem.

Dentre os artigos selecionados para o estudo foi observado que algumas instituições adotam seus protocolos e condutas enquanto outras realizam um atendimento normalizado baseado nos sinais e sintomas apresentados pela vítima.

O campo de trabalho da enfermagem na abordagem sobre violência a mulher é amplo, pois pode ser discutido em qualquer roda de conversa, escolas, centros comunitários, religiosos, e principalmente dentro do ambiente hospitalar e UBS. A população deve ser abordada sobre o assunto através de audiovisual, panfletagem e cartazes, quanto mais o tema for discutido mais possibilidade de sensibilização a população sobre o assunto.

Existe ainda muito preconceito da sociedade sobre sexualidade nas escolas, mas esse tabu precisa ser rompido através de informações corretas, a violência chega a mulher ainda na fase infantil e pode seguir por toda a vida. Esse ciclo pode ser rompido através da interação entre o ambiente escolar e a UBS.

É importante ressaltar que ações simples e repetitivas contribuem para a diminuição da ocorrência de agressão porque inibe o agressor. Quanto mais exposição do assunto, mas devemos estar capacitados para o atendimento. Pois com a expansão da informação, muitas mulheres se sentirão encorajadas para realizar a denúncia.

Sugerimos que esse assunto seja contemplado mais vezes em pesquisas, pois existe uma variável devido ao nosso território nacional ser extenso, propiciando realidades muito distintas, como raça, escolaridade, renda, predominância religiosa local. Porém essa variância fica mais nítida quando é observada de forma global.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

A enfermagem frente a esse quadro tem a função de cuidar, interagir, orientar, coletar exames e amostras biológicas, assim dando continuidade no fluxo de atendimento. Sendo necessário que a equipe, e o local de atendimento seja modernizado, que tenha cursos de capacitação e que esteja interligado para agilizar os outros serviços.Os cursos de capacitação são de total importância, pois trazem um a atualização das técnicas e procedimentos de enfermagem, mostram com clareza os tópicos que deve ser trabalhados e melhorados, e simplesmente o contato com outros profissionais durante palestras, incentiva uma abordagem e postura diferenciada do profissional. Pois a abordagem a vítima deve ser clara e coesa a sua realidade, criando um vínculo e ela se sinta protegida.

A parte burocrática é relevante não pode ser esquecida, todo o fluxo segue protocolos que deve ser preenchido de forma correta, que não apresente falha ou dúvida. Porque toda a documentação pode vir a ser usada em julgamento, e a mulher tem que estar amparada por todos os lados. Essas fichas de notificação geram dados nacionais como: locais que precisam de maior intervenção ativa, campanhas de prevenção, instalação de delegacias especializadas, também nos atentamos sobre a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340, 2006), apesar dos avanços de grande importância na proteção a mulher, notamos e alertamos para uma melhora em amparar financeiramente e abrigar essa vítima, pois muitas após denunciar se veem desprotegidas e muitas vezes sem local para ir, já que dependiam financeiramente de seu agressor.

O enfermeiro se depara durante o atendimento com inúmeros problemas: socioeconômicos, gestão, infraestrutura precária para atendimento e realização de exames, recursos humanos e falta de insumos. Temos que citar também a falta de manejo dos profissionais diante a vítima.

O enfermeiro deve propor no seu atendimento, a formação de uma equipe, que apresenta maior poder de resiliência, com melhor afinidade e interesse sobre o assunto, pois foi observado nos artigos que muitos não puderam ter a escolha por outro setor e muitos ao longo do tempo se sentiram esgotados.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Consideramos que apesar de ser um problema de saúde pública e existirem leis que a regem a violência contra a mulher é um fator que abrange vítimas a nível mundial e podem gerar sequelas físicas e ou psicológicas irreversíveis, demonstra-se que a atuação do enfermeiro além da humanização e empatia os cuidados físicos e a prevenção de danos tornam o atendimento ainda mais eficaz.

REFERÊNCIAS

1. ACOSTA, D.F. et al. Cuidado à mulher em situação de violência doméstica: representações de enfermeiras(os) hospitalares. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 19, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.5216/ree.v19.42471. Acessado em: 15 de outubro de 2020;

2. ALECRIM, F.S. et al. Atuação do enfermeiro no contexto da violência contra a mulher: revisão integrativa da literatura. Revista Saúde, Universidade de Guarulhos, v. 14, n. 1/2, 2020;

3. BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos de Atenção Básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016;

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Norma Técnica: Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. 1ª Edição, Brasília: Ministério da Saúde, 2015;

5. BRASIL. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Folha informativa – Violência contra as mulheres. Novembro 2017;

6. BRASIL. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 11.340. Brasília, DF, 2006;

7. CORTES, L.F.; PADOIN, S.M.M. Intencionalidade da ação de Cuidar mulheres em situação de violência: contribuições para a Enfermagem e Saúde. Escola de Enfermagem Anna Nery, v. 20, n. 4, out/dez 2016, e20160083, Rio de Janeiro;

8. DE FREITAS, R.J.M. et al. Atuação dos enfermeiros na identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher. HU Revista, Juiz de Fora-MG, v. 43, n. 2, pp. 91-97, abr/jun 2017;

9. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020. Ano 14, 2020;

10. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19. 3ª Edição, julho 2020;

11. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19. 2ª Edição, maio 2020;

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

12. FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19. 1ª Edição, abril 2020;

13. GARBIN, C.A.S. et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n.6, pp.1879-1890, jun. 2015;

14. INSTITUTO MARIA DA PENHA. Quem é Maria da Penha. Disponível em: https://www.institutomariadapenha.org.br/quem-e-maria-da-penha.html. Acessado em 24 de outubro de 2020;

15. MADEIRO, A. et al. Violência física ou sexual contra a mulher no Piauí, 2009-2016. Revista de Saúde e Ciências Biológicas, Centro Universitário Christus, v. 7, n. 3, jul/set 2019;

16. MOTA, J.A.; AGUIAR, R.S. Percepções de enfermeiros da atenção primária no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual. Revista Nursing, v. 23, n. 262, pp. 3848-3851, São Paulo, março 2020;

17. NETTO, L.A. et al. Atuação da enfermagem na conservação da saúde de mulheres em situação de violência. Revista Mineira de Enfermagem da UFMG, v. 22, e-1149, 2018;

18. RODRIGUES, W.F.G.; RODRIGUES, R.F.G.; FERREIRA, F.A. Violência contra a mulher dentro de um contexto biopsicosocial: um desafio para o profissional da enfermagem. Revista de Enfermagem, UFPE, v. 11, n. 4, pp. 1752-1758, abril 2017;

19. ROTHER, E.T. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta paulista de enfermagem, São Paulo, v. 20, n. 2, pág. v-vi, junho de 2007. Disponível em:

20. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002007000200001 &lng= en&nrm=iso. Acessado em 11 de novembro de 2020;

21. SANTOS, S.C. et al. Violência contra a mulher: Como os profissionais na atenção primária a saúde estão enfrentando esta realidade? Revista Saúde e Pesquisa, Maringá-PR, v. 11, n. 2, pp. 359-368, 2018;

22. SILVA, A.C.F. et al. Violência sexual por parceiro íntimo identificada em Unidade Básica do PSF. Revista Nursing, v. 23, n. 262, pp. 3705-3709, abril 2020, São Paulo;

23. SILVINO, M.C.S. et al. Mulheres e violência: características e atendimentos recebidos em unidades de urgência. Journal of Health Sciences, v.18, n.4, pp.240-244, ago. 2016;

24. WAISELFISZ, J.J. Mapa da violência 2015: Homicídios de mulheres no Brasil. 1ª Edição, FLACSO Brasil, Brasília-DF, 2015;

25. XAVIER, A.A.P.; DA SILVA, E.G. Assistência de enfermagem no atendimento de mulheres em situação de violência na atenção básica. Revista de Iniciação Científica e Extensão, v. 2, n. 2, pp. 293-300, 2019.

CAPÍTULO VI

CENÁRIO DA GESTAÇÃO E DO PARTO NO CONTEXTO DA PANDEMIA POR COVID-19

Ana Luiza Fonseca Azevedo[30]; Giovanna Aparecida Marques Rezende[31];
Fernanda Loureiro Ignácio[32]; Jéssica R. C. S. da Fonseca[33];
Maria Luísa Ciríaco Lima[34]; Juliana Pinheiro Dutra[35].
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-06

RESUMO:
Este estudo objetivou identificar as mudanças no tratamento durante a gestação e parto no período de pandemia de COVID-19, por ser um período de importantes alterações fisiológicas na vida da mulher e de vulnerabilidade para a saúde dessa. Durante o cenário de incertezas da pandemia, relatamos alguns riscos para a gestante, como a redução de consultas pré-natais por medo de contrair o vírus ou falta de informações e alterações fisiológicas que aumentam a vulnerabilidade à doença.
PALAVRAS-CHAVE: Gravidez. COVID-19. Pandemia. Gestação. Parto.

SCENARIO OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC

ABSTRACT:
This study aimed to identify changes in treatment during pregnancy and childbirth in the pandemic period of COVID-19, as it is a period of important physiological changes in the woman's life and vulnerability to her health. During the scenario of uncertainties in the pandemic, we reported some risks for the pregnant woman, such as the reduction of prenatal visits because of the for fear of contracting the virus or lack of information and physiological changes that increase the vulnerability to the disease.
KEYWORDS: Pregnancy. COVID-19. Pandemic. Gestation. Childbirth.

30 Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. E-mail: analuizafonsecazevedo@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/my-orcid?justRegistered. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8091083637214628
31 Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. E-mail: girezende9@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5810-844X. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9642862623489791
32 Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. E-mail: fernandaloureiro2@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-9538-653X. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0648841311342687
33 Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. E-mail: jessicarcsfonseca@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-6453-3741. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6873527008459215
34 Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. E-mail: marialuisaciriaco@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-8571-1298. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9375413955253461
35 Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. E-mail: drajulianadutra@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-6194-6359. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0648841311342687

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

INTRODUÇÃO

A gestação é um momento de importantes modificações no organismo materno e constitui um período de vulnerabilidade para o desencadeamento ou manifestações de patologias pré-existentes. Sendo assim, a assistência pré-natal é de suma importância para a prevenção e redução da morbi-mortalidade materna, além de ser um momento para investigação, prevenção e tratamento de morbidades fetais e neonatais. Atualmente, a pandemia por COVID-19 é vivenciada de forma trágica no Brasil, o país com uma das maiores taxas de mortalidade materna por COVID-19 do mundo. Este capítulo busca abordar a gestação e o parto de mulheres que vivenciaram esse período dentro da pandemia por Covid-19.

METODOLOGIA

Este estudo é uma revisão de literatura sobre o cenário da gestação e do parto, no contexto da pandemia por Covid-19, e as complicações decorrentes da doença nessa população. A pesquisa de artigos foi realizada em abril e maio de 2021 nas bases de dados: SCIENCE DIRECT, CMAJ, American Academy of Pediatrics, PubMed, e Scientific Electronic Library Online (SciELO), UpToDate. Os descritores utilizados foram: “gravidez”, “Covid-19”, “Pandemia”, “Gestação” e “Parto”.

Os critérios de inclusão são: artigos disponíveis com as mais variadas metodologias, sem distinção de idioma e que tratam especificamente a respeito da gestação e parto no cenário do COVID-19. Foram excluídos todos os artigos que não dissertam sobre o tema ou não abrangiam o objetivo deste trabalho. Por fim, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram escolhidos 6 artigos para a amostra final.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

A gestação é um período em que a mulher sofre transformações profundas nos aspectos físicos, psíquicos e sociais. Desde o aparecimento dos primeiros casos de Covid-19, devido ao pouco conhecimento a respeito do comportamento do vírus no organismo e a observação de taxas de mortalidade mais elevadas em gestantes e puérperas em relação ao resto da população, esse grupo tem sido considerado como alto risco para COVID-19 pelos efeitos do vírus durante e após a gestação, tanto para as mães como possivelmente para os fetos e neonatos. Assim, esse grupo deve estar atento quanto às formas de prevenção da COVID-19 durante a gravidez e se manter em isolamento domiciliar, mas sem abandonar a consulta médica e a realização do pré-natal. A irregularidade ou ausência de assistência pré-natal, se associa a aumento da morbi-mortalidade materna e neonatal, portanto essa assistência não pode ser afetada mesmo diante da pandemia. O acompanhamento pré-natal deve ser realizado continuamente para averiguar a evolução da gestação e a identificação de fatores de risco que venham comprometer a saúde da mãe e do bebê. Porém, em caso de suspeita ou infecção pelo Sars-Cov-2 confirmada, esses atendimentos devem ser adiados até o fim do período do contágio.

Nas mães que são contaminadas durante a gestação, tem-se uma preocupação maior quanto ao feto e ao recém-nascido, uma vez que indícios sugerem que esse grupo pode apresentar complicações mais graves da doença, principalmente se o estágio da contaminação ocorre no primeiro trimestre. Sendo assim, reforça-se a importância das medidas de prevenção e isolamento social durante a gravidez, tanto da mulher, quanto da sua família. Nesse contexto, apesar do isolamento ser uma medida preventiva, em algumas gestantes, tem ocasionado ansiedade e até mesmo depressão, evidenciando assim, a importância do apoio familiar e suporte médico durante esse período.

Em grávidas diagnosticadas com a COVID-19 os principais sintomas manifestados são febre baixa e tosse, mas podem apresentar também, dispneia, fadiga e mialgia. Dentre as complicações pré-natais que parecem se associar à doença, incluem-se o parto prematuro, crescimento intra-uterino restrito, alterações na vitalidade fetal e

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

aborto. Além disso, nos casos em que as pacientes evoluem para a forma mais grave da doença, pode haver o acometimento de múltiplos órgãos, e assim, a necessidade de abordar uma terapia intensiva ou realizar a ventilação mecânica.

Durante o período da gestação pensa-se muito no parto, e um cenário de incertezas é instalado nos pensamentos das mães e das famílias, uma vez que no contexto do COVID-19 surgiram muitas mudanças na abordagem e no manejo dessas pacientes. Um dos principais questionamentos é a via de parto, e foi constatado no momento, que não é necessário mudar a via de parto caso a mãe esteja infectada pelo Sars-Cov-2. A decisão pelo parto vaginal ou cesariana não deve ser influenciada pela infecção e é importante avaliar individualmente a situação da grávida. Outro desafio consiste no momento ideal para a interrupção da gestação considerando a proteção fetal, mas cientes de que o puerpério é o período relacionado ao maior agravamento da doença. Além disso, o acompanhamento durante o parto por familiares da paciente também é bastante discutido, e decidido de acordo com a instituição a ser realizado o procedimento. Ainda, é necessário que o acompanhante não apresente sintomas, exposição a um caso confirmado ou um teste positivo para COVID-19 em 14 dias antes do parto.

Após o nascimento, evidências mostraram que se a mãe estiver infectada pelo Sars-Cov-2, o neonato é suspeito da doença e, assim, deve ser testado por RT- PCR, a ser realizado idealmente 2 testes: o primeiro com 24 horas de vida, e, se negativo, testar novamente com 48 horas de vida. Caso o recém-nascido esteja saudável e sem sintomas, um único teste é suficiente entre 24 e 48 horas de vida para que ele receba alta hospitalar (3).

Acerca do contato mãe e filho no pós parto não é recomendado a separação dos dois, uma vez que mesmo a mãe positiva para covid-19, a chance de contaminação é baixa e os dados sugerem(4,5) que não há diferença no risco de infecção neonatal por SARS-CoV-2 se o recém-nascido for cuidado em um quarto separado ou permanecer em alojamento conjunto. Entretanto, isso não dispensa o uso de medidas protetivas como uso de máscara e higiene das mãos enquanto a mãe tiver contato com o bebê e o

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

distanciamento em outros momentos. É valorizado o momento de vínculo da mãe com o filho a fim de facilitar e estabelecer a amamentação, o afeto, e cuidado com o bebê, porém há casos em que a separação se faz necessária, sendo eles : se a puérpera estiver em estado grave, necessitando de suporte intensivo ou neonatos que apresentam maior risco como prematuros ou com condições médicas subjacentes.

A amamentação ainda é um caso não muito esclarecido. Em um estudo da Organização Mundial da Saúde, as amostras de leite materno de 43 mães foram negativas para SARS-CoV-2 por RT-PCR e as amostras de 03 mães deram positivo, mas o teste específico para vírus viável e infeccioso não foi realizado (6). Ademais, as amostras que foram positivas não contêm necessariamente vírus viáveis e transmissíveis e nenhuma publicação relatou detecção de vírus competente para replicação. Portanto, a amamentação deve ser incentivada devido a quantidade relevante de benefícios para o recém-nascido e para a mãe. Para isso, é indispensável o uso de medidas de proteção durante a amamentação, sendo reforçado mais uma vez, higienização das mãos e uso de máscara. Essa conduta foi baseada após um estudo da cidade de Nova York que testou e acompanhou 82 bebês de 116 mães que testaram positivo para SARS-CoV-2: nenhum bebê foi positivo para SARS-CoV-2 pós-natal, mesmo a maioria estando no mesmo quarto que as mães e sendo amamentados, com todas as precauções (1) .Nos casos em que a mãe está impossibilitada de amamentar pode ser usado o leite pasteurizado de uma doadora, que segundo estudos, (2) elimina o vírus SARS-CoV-2 competente para replicação e também, realizar a complementação da alimentação do neonato através de fórmulas.

CONCLUSÃO

O momento vivenciado devido a pandemia causada pelo Sars-Cov-2, é desafiador em todas as áreas. Quando observamos especificamente a obstetrícia, nos deparamos com diversos desafios específicos dessa área como alterações fisiológicas da gestação que tendem a piorar o prognóstico das pacientes, o momento ideal para a

interrupção da gestação pensando na proteção fetal, mas sabendo que o puerpério é um período relacionado ao maior agravamento da situação. Neste capítulo, tentamos abordar o que há de disponível na literatura nesse momento, porém os estudos ainda são recentes e com baixo grau de evidência. À medida que novos estudos forem publicados, poderemos melhorar a evidência científica sobre esses temas.

REFERÊNCIAS

1- Christine M Salvatore, Jin-Young Han, Karen P Acker, Priyanka Tiwari, Jenny Jin, Michael Brandler, Carla Cangemi, Laurie Gordon, Aimee Parow, Jennifer DiPace, Patricia DeLaMora, Neonatal management and outcomes during the COVID-19 pandemic: an observation cohort study, The Lancet Child & Adolescent Health,Volume 4, Issue 10,2020,Pages 721-727,ISSN 2352-4642,https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30235-2. (https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352464220302352)

2- Sharon Unger , Natasha Christie-Holmes , Furkan Guvenc , Patrick Budylowski , Samira Mubareka , Scott D. Gray-Owen e Deborah L. O'Connor CMAJ 04 de agosto de 2020 192 (31) E871-E874; DOI: https://doi.org/10.1503/cmaj.201309 https://www.cmaj.ca/content/192/31/E871

3- American Academy of Pediatrics. FAQs: Management of Infants Born to Mothers with Suspected or Confirmed COVID-19. AAP Home, 2019. Disponível em: < https://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/faqs-management-of-infants-born-to-covid-19-mothers/ Acesso no dia 15 de maio de 2021.

4- Walker, KF; O'Donoghue, K; Grace, N; Dorling, J; Comeau, JL; Li, WThornton, JG. Transmissão materna do SARS-COV-2 ao neonato e possíveis vias para tal: uma revisão sistemática e análise crítica. *BJOG* 2020; https://doi.org/10.1111/1471-0528.16362 . 127 : 1324 - 1336 .https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.16362

5- National Center for Imunization and Respiratory Diseases (NCIRD), Divisão de Doenças Virais. Avaliação e considerações de manejo para neonatos em risco para COVID-19. CDC,2020. Disponível em: < https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/caring-for-newborns.html > Acesso em 15 de maio de 2021.

6- World Heath Organization, UNICEF. Breastfeeding and COVID-19: Scientific brief (23 de junho 2020). Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2020.

CAPÍTULO VII

CIRURGIA INTRAUTERINA PARA O TRATAMENTO DE MIELOMENINGOCELE

Luiza Ballesteros Machado[36]; Júlia Ballesteros Machado[37];
Maria Eugênia Rezeck Braga Hibner[38]; Carolina Gonzaga Fonseca[39].
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-07

RESUMO:
Introdução: A mielomeningocele (MMC) é uma malformação do tubo neural caracterizada pela protrusão dos conteúdos do canal medular através de uma abertura dorsal no feto. A cirurgia intrauterina para a correção da mielomeningocele consiste em uma histerotomia corporal, permitindo adequada exposição da lesão fetal para realizar a cirurgia de fechamento por camadas medulares, reduzindo a exposição do tecido nervoso ao ambiente intrauterino e evitando maior comprometimento neurológico. Objetivo: Este artigo tem como objetivo discorrer acerca da importância, dos riscos e dos efeitos da cirurgia intrauterina em pacientes com mielomeningocele. Metodologia: Para a realização desse artigo foi feita uma revisão bibliográfica a partir de artigos científicos publicados nas bases de dados PubMed, Scielo e Lilacs, utilizando as palavras-chave "mielomeningocele" e "cirurgia intrauterina". Resultados: A cirurgia se mostrou eficiente em melhorar o prognóstico do paciente. Conclusão: Apesar de não ser amplamente difundida e de oferecer riscos, o tratamento cirúrgico intrauterino para correção do quadro de mielomeningocele apresenta-se como um importante método terapêutico, visto que esse procedimento é capaz de melhorar o prognóstico da doença e, por fim, oferecer melhor qualidade de vida ao paciente.
PALAVRAS-CHAVE: Mielomeningocele Fetal. Cirurgia Fetal. Reparação da Mielomeningocele. Defeitos do Tubo Neural.

INTRAUTTERINE SURGERY FOR THE TREATMENT OF MYELOMENINGOCELE

ABSTRACT:

Introduction: Myelomeningocele (MMC) is a neural tube malformation characterized by the protrusion of spinal canal contents through a dorsal opening in the fetus. Intrauterine

[36] Acadêmica do 9o período de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte – MG – Brasil; http://lattes.cnpq.br/0669788508613690. E-mail: luizaballesterosm@gmail.com
[37] Acadêmica do 5o período de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte – MG – Brasil; http://lattes.cnpq.br/5714977396248242. E-mail: juliabm08@hotmail.com
[38] Acadêmica do 9o período de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte – MG – Brasil; http://lattes.cnpq.br/8646392461698684. E-mail: mariae.hibner@gmail.com
[39] Acadêmica do 9o período de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte – MG – Brasil; http://lattes.cnpq.br/8907290032911263. E-mail: carolgonzagaf@gmail.com

surgery for the correction of myelomeningocele consists of a body hysterotomy, allowing adequate exposure of the fetal lesion to perform the spinal cord closure surgery, reducing the exposure of nervous tissue to the intrauterine environment and avoiding further neurological impairment. Objective: This article aims to discuss the importance, risks and effects of intrauterine surgery in patients with myelomeningocele. Methodology: To carry out this article, a literature review was carried out based on scientific articles published in the PubMed, Scielo and Lilacs databases, using the keywords “myelomeningocele” and “intrauterine surgery”. Results: Surgery proved to be efficient in improving the patient's prognosis. Conclusion: Despite not being widely disseminated and offering risks, intrauterine surgical treatment to correct myelomeningocele is an important therapeutic method, as this procedure is able to improve the prognosis of the disease and, finally, offer better quality of life for the patient.

KEYWORDS: Fetal Myelomeningocele. Fetal Surgery. Myelomeningocele repair. Neural Tube Defects.

INTRODUÇÃO

A espinha bífida é a anomalia congênita do Sistema Nervoso Central (SNC) mais comum entre aquelas compatíveis com a vida. A forma mais frequente é a mielomeningocele (MMC), que consiste em uma malformação grave do SNC que ocorre a partir de um defeito no fechamento da porção posterior do tubo neural, durante a 4ª semana de gestação, e é caracterizada pela protrusão de meninges, raízes nervosas e medula através de uma abertura no arco vertebral.

Trata-se de uma malformação de alta incidência em todo o mundo, a qual acomete entre 0,5 e 1,0 em cada 10.000 nos Estados Unidos e cerca de 1,9 a cada 10.000 nascidos vivos no Brasil.

Tal anomalia congênita, em alguns pacientes, está associada a significativas sequelas, como deficiências motoras, incontinência vesical e intestinal, deficiências sensitivas abaixo do nível da lesão espinhal e disfunção sexual, além das repercussões no Sistema Nervoso Central decorrentes da malformação de Arnold Chiari tipo II, a qual é detectada em mais de 75% dos indivíduos afetados. Somando-se a estas, algumas complicações decorrem da hidrocefalia, que ocorre em mais de 85% dos pacientes com a doença.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Estudos experimentais realizados a partir de imagens de ultrassons sequenciais obtidas de fetos afetados pela mielomeningocele sugerem que a lesão da medula é progressiva na vida intrauterina, pela exposição do tecido nervoso normal às agressões mecânicas (movimentação fetal) e químicas (líquido amniótico), decorrentes do não fechamento das estruturas posteriores. Em consequência disso, a porção afetada da medula espinhal é destruída e ocorre perda da função neurológica antes do nascimento. Nesse caso, portanto, não existe terapia que restabeleça tal função no período pós-natal.

Até pouco tempo atrás, o tratamento da mielomeningocele só era possível após o nascimento, o que impedia o restabelecimento de todas as funções neuronais dos pacientes. Outra escolha para casais com fetos com MMC, até 1997, era o aborto, opção não permitida no Brasil. Como uma terceira alternativa, recentemente surgiu a proposta de correção intrauterina da mielomeningocele. Uma das teorias que defendem essa abordagem é a teoria das duas agressões (*the two-hit hypothesis*), segundo a qual o dano neurológico da MMC decorre de dois fatores primordiais: o primeiro é a anormalidade no desenvolvimento do tubo neural na idade embrionária, e a segunda agressão seria a exposição crônica desse tecido nervoso ao ambiente intrauterino, que acaba por deteriorar o quadro do paciente, influenciando negativamente seu prognóstico. Esta última poderia ser amenizada com uma intervenção intrauterina, o que reforça a importância da cirurgia pré-natal no tratamento da MMC.

A intervenção proposta consiste em uma histerotomia corporal que permitiria adequada exposição da lesão fetal para realizar a cirurgia de fechamento por camadas medulares, reduzindo, assim, a exposição do tecido nervoso ao ambiente intrauterino e evitando maior comprometimento neurológico, além de diminuir os riscos e complicações advindos da correção após o nascimento.

Nesse sentido, embora a intervenção cirúrgica neonatal seja o tratamento padrão para a correção da MMC, por tratar-se de uma intervenção mais simples e não-traumática para a mãe, a cirurgia intrauterina se mostra como uma alternativa interessante quando se considera o desenvolvimento das crianças afetadas, já que ela é mais eficiente para

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

diminuir as complicações decorrentes da hidrocefalia e as sequelas motoras dos membros.

Diante desse panorama, o objetivo do presente trabalho consistiu em revisar a literatura sobre o tema, a fim de analisar os resultados obtidos pela cirurgia intrauterina para o tratamento de mielomeningocele, avaliando seus possíveis benefícios e riscos e suas perspectivas para os pacientes.

METODOLOGIA

Este é um estudo de revisão narrativo e descritivo. Para sua realização, foram utilizados artigos publicados na base de dados do PubMed, Scielo e Lilacs. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave e suas combinações: "*fetal myelomeningocele*", "*fetal surgery repair of myelomeningocele*", "*neural tube defects*". Incluíram-se somente artigos em língua inglesa ou portuguesa, sendo que os estudos encontrados foram divididos em três categorias básicas: estudos experimentais, estudos em humanos e estudos de caso comparativos entre as abordagens de correção da mielomeningocele.

RESULTADOS

As publicações encontradas acerca da realização de cirurgia intrauterina para tratamento de mielomeningocele abordam testes realizados em fetos humanos e de outros animais.

Segundo Brunner *et al.*, em vários modelos animais, o reparo intrauterino preveniu manifestações clínicas e patológicas da MMC cirurgicamente induzida. O tratamento da MMC por cirurgia endoscópica não foi considerado justificável, uma vez que essa técnica cirúrgica está ligada a um alto índice de morbimortalidade. A cirurgia intrauterina, entretanto, ainda parece constituir uma boa alternativa para o tratamento de MMC.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

De acordo com Adzick *et al.*, quando comparada à cirurgia pós-natal, a cirurgia pré-natal para tratamento de MMC realizada antes de 26 semanas de gestação reduz o risco de morte e a necessidade da realização de uma cirurgia para estabelecimento de derivação ventrículo-peritoneal quando a criança apresentar 12 meses de idade. Além disso, ela contribui para a manutenção das funções mentais e motoras, reduz o grau de herniação do tronco encefálico associado com a malformação de Chiari II e aumenta a probabilidade de que o indivíduo seja capaz de andar de maneira independente.

Segundo o estudo conduzido por Yoshizawa *et al.*, a cirurgia intrauterina para tratamento de MMC realizada em fetos de ovelhas permitiu o desenvolvimento normal dos esfíncteres anais interno e externo, o que contribuiu para a atenuação da incontinência fecal.

Já de acordo com os achados de Hisaba *et al.*, o impacto mais significativo da cirurgia intrauterina para tratamento de MMC foi a redução ou a eliminação da herniação do tronco encefálico pelo forame magno, o que levou a um menor número de cirurgias para estabelecimento de derivação ventrículo-peritoneal. Os resultados também sugerem uma possível aprimoração da função motora.

Por fim, Farmer *et al.* afirmou que o reparo intrauterino dos danos causados pela MMC deve ser idealmente realizado em fetos com menos de 20 semanas de gestação. Notou-se uma redução da necessidade de posterior derivação ventrículo-peritoneal nos casos de fetos que foram submetidos à cirurgia intrauterina.

DISCUSSÃO

A técnica cirúrgica da correção intrauterina para MMC consiste em uma incisão transversa baixa de laparotomia, que expõe exterioriza o útero gravídico. Por ultrassom, localiza-se feto e placenta, escolhe-se o local de histerotomia e posiciona-se manualmente o feto e o útero para que a bolsa de mielomeningocele fique no centro da histerotomia. O cirurgião posiciona duas suturas de tração de monofilamento através de

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

toda a espessura da parede uterina e é feita a entrada uterina inicial entre as duas suturas. Usa-se um dispositivo de grampeamento para criar incisão grande o bastante para expor a MMC e é dado ao feto uma injeção intramuscular de anestésico, para que fique imóvel e permita maior precisão no reparo.

Durante o procedimento, a função cardíaca fetal é monitorada continuamente por ecocardiografia feita por um médico não envolvido com a cirurgia. A MMC é fechada por método padronizado, com auxílio de ampliação. A placa neural é minuciosamente dissecada dos tecidos adjacentes, o que permite seu encaixe no canal espinhal. A dura máter é refletida sobre a placa e fechada, utilizando sutura contínua. A pele é mobilizada e fechada. O útero é fechado em duas camadas. A primeira camada contém os grampos absorvíveis e as membranas uterinas. Uma segunda camada de sutura é aplicada e, por fim, a fáscia abdominal, assim como a derme, são fechadas.

Em 1997, Bruner *et al.* realizou a primeira tentativa de reparo de MMC em 4 fetos humanos, utilizando a técnica endoscópica de correção pré-termo. Devido à alta quantidade de complicações e baixa taxa de sobrevivência (50%), a técnica foi abandonada. Em relação às mortes, o primeiro caso foi por infecção bacteriana associada à perda das propriedades antibacterianas do líquido amniótico, já que, nesse caso, sua reposição foi feita por solução salina. Já no segundo, ocorreu descolamento de placenta, que resultou em nascimento prematuro, principal complicação observada. Ambos precisaram de correção neurocirúrgica logo após o nascimento. Apesar disso, os médicos concluíram que a cirurgia intrauterina ainda poderia constituir uma boa opção para o tratamento de MMC, desde que fossem desenvolvidas técnicas minimamente invasivas.

Entre 1998 e 2002, foram realizadas intervenções pré-natais para MMC em 13 pacientes por Farmer *et al*. Nos dois primeiros pacientes, foram usados métodos endoscópicos, enquanto, no terceiro, a cirurgia foi convertida a céu aberto. Nela, o útero é exposto por laparotomia, abre-se o miométrio e membranas amnióticas e há exposição direta do feto. Há reparo microcirúrgico em três planos de sutura: dura-máter, aponeurose e pele. Nos dez pacientes seguintes foi adotada a correção neurocirúrgica

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

clássica (a céu aberto). Os pesquisadores concluíram, a partir de suas observações, que a cirurgia intrauterina para tratamento de MMC deveria ser realizada prioritariamente e idealmente em fetos com menos de 20 semanas de gestação, pois, dessa forma, era possível obter melhor prognóstico. Nos fetos em que essa cirurgia foi realizada com sucesso notou-se uma redução da necessidade de realização de cirurgia pós-natal para estabelecimento de derivação ventrículo-peritoneal (comunicação que permite a drenagem do líquido cefalorraquidiano para a cavidade peritoneal).

Foi publicado, em 2011, o *Management of Myelomeningocele Study* (MOMS), ensaio clínico randomizado que comparou a eficácia de reparos pré-natais com a dos pós-natais. Inicialmente planejado para uma amostra de 200 pacientes, foi interrompido com no 183º devido à alta eficácia da cirurgia pré-natal. O estudo demonstrou que os desfechos morte fetal ou neonatal ou necessidade de shunt cerebroespinal ocorreram em 68% dos que fizeram cirurgia pré-natal, em comparação aos 98% dos que fizeram a cirurgia pós-natal. Cerca de 36% dos pacientes submetidos à correção pré-natal não tiveram evidência de herniação no rombencéfalo, contra 4% dos que foram submetidos à correção pós-natal. Além disso, aqueles que passaram pela cirurgia pré-natal apresentaram melhor função motora, mesmo com lesões mais severas, sendo associados a melhores escores nos testes Bayley e Peabody. Eles apresentaram níveis de funcionamento motor dois ou mais níveis abaixo que o esperado de acordo com o nível de suas lesões anatomicamente (32%, contra 12% dos submetidos a cirurgia pós-natal). Notou-se, ainda, que 42% dos submetidos a cirurgias pré-natais andavam sem órteses ou aparelhos, comparativamente aos 21% do outro grupo. Os progressos foram associados ao momento da correção, que interrompeu o contato com o líquido amniótico e permitiu melhor desenvolvimento neurológico. A redução da herniação e, consequentemente, o melhor fluxo de líquido cerebrospinal contribuíram para a menor necessidade de derivação ventrículo-peritoneal.

Apesar dos bons resultados, a cirurgia pré-natal apresentou algumas complicações já observadas em estudos anteriores. O nascimento pré-termo teve

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

incidência de 13%, sendo ele associado a complicações intraoperatórias e a defeitos na cicatrização uterina, observados durante a cesária. A taxa elevada de nascimentos prematuros está relacionada a uma alta ocorrência de síndrome do desconforto respiratório.

Além da melhora no desenvolvimento motor associada à cirurgia intrauterina, foi observada uma melhoria nas funções excretoras. Yoshizawa *et al*., em 2003, realizou experimentos com 12 ovelhas para observar o desenvolvimento dos esfíncteres anais externo e interno em relação ao reparo pré-natal de MMC. A partir de cortes histológicos, foi observado que havia fibras mais densas e feixes com maior tamanho nos esfíncteres de ovelhas submetidas a reparo pré-natal. Como o revestimento da coluna espinal protege o desenvolvimento de nervos, há estímulo normal, que leva ao crescimento esperado dos músculos esfíncteres anais.

CONCLUSÃO

Apesar de não ser amplamente difundido e de oferecer riscos, o tratamento cirúrgico intrauterino para correção do quadro de mielomeningocele apresenta-se como um importante método terapêutico, visto que esse procedimento é capaz de melhorar o prognóstico neuropsicomotor do bebê após o nascimento, reduzindo a gravidade de complicações advindas da doença, como a herniação do tronco encefálico. A correção intrauterina reduz, ainda, a necessidade de procedimentos e acompanhamento médico sistemático no futuro, necessários com a correção cirúrgica pós-natal.

Dessa forma, a proposta de um tratamento para a mielomeningocele durante a gestação baseia-se em diversas teorias com um mesmo objetivo - reduzir a exposição da lesão ao ambiente intrauterino para melhorar o prognóstico e a qualidade de vida da criança. É fundamental compreender, porém, que há necessidade de desenvolvimento de pesquisas e novas técnicas acerca do assunto para reduzir ao máximo suas complicações tanto para a mãe, quanto para o feto, a fim de garantir que os benefícios superem os riscos.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

REFERÊNCIAS

1. ADZICK, N. Scott et al. A randomized trial of prenatal versus postnatal repair of myelomeningocele. New England Journal of Medicine, v. 364, n. 11, p. 993-1004, 2011.

2. BOTELHO, Rafael Davi. Reparo da mielomeningocele através da mini-histerotomia = Fetal myelomeningocele repair through a mini-histerotomy. Dissertação (mestrado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP. (34 p.). 2016.

3. BRANDÃO, Aline Dias; FUJISAWA, Dirce Shizuko; CARDOSO, Jefferson Rosa. Características de crianças com mielomeningocele: implicações para a fisioterapia. Fisioterapia em movimento, v. 22, n. 1, 2017.

4. BRUNER, Joseph P. et al. Endoscopic coverage of fetal myelomeningocele in utero. American journal of obstetrics and gynecology, v. 180, n. 1, p. 153-158, 1999.

5. HERRERA, Silvia Rejane Fontoura et al. Comparison between two surgical techniques for prenatal correction of meningomyelocele in sheep. Einstein (São Paulo), v. 10, n. 4, p. 455-461, 2012.

6. HISABA, Wagner Jou et al. Intrauterine myelomeningocele repair postnatal results and follow-up at 3.5 years of age—initial experience from a single reference service in Brazil. Child's Nervous System, v. 28, n. 3, p. 461-467, 2012.

7. MEULI, Martin et al. The spinal cord lesion in human fetuses with myelomeningocele: implications for fetal surgery. Journal of pediatric surgery, v. 32, n. 3, p. 448-452, 1997.

8. VON KOCH, Cornelia S. et al. In utero repair of myelomeningocele: experimental pathophysiology, initial clinical experience, and outcomes. Archives of surgery, v. 138, n. 8, p. 872-878, 2003.

9. YOSHIZAWA, Jyoji et al. Fetal surgery for repair of myelomeningocele allows normal development of anal sphincter muscles in sheep. Pediatric surgery international, v. 20, n. 1, p. 14-18, 2004.

CAPÍTULO VIII

CONHECIMENTO DAS GESTANTES SOBRE DIABETES GESTACIONAL

Gláucio Magno Nascimento Silva[40]; Anna Paula dos Santos Silva[41];
Lívia Ferreira Cirilo Galdino[42]; Valdicléia da Silva Ferreira Torres[43];
Waléria Bastos de Andrade[44]; Suellen Duarte de Oliveira Matos[45].
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-08

RESUMO:
Objetivo: Avaliar o conhecimento das gestantes sobre o Diabetes Mellitus Gestacional. Metodologia: Pesquisa do tipo exploratória descritiva com abordagem quantitativa realizada no Centro de Saúde Nova Esperança. A população de referência foi composta por 50 gestantes, tendo como amostra 48 gestantes. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário contendo três partes, sendo a primeira sociodemográfica, a segunda a respeito dos fatores de risco que levam a DMG e a outra relacionada ao conhecimento das gestantes a respeito da DMG. O início da coleta de dados ocorreu após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Este trabalho obedeceu às normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – CNS/MS e da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN 564/2017. Resultados: O perfil sociodemográfico das gestantes atendidas, apresenta em sua maioria, 48% que se encontram na faixa etária entre 31 e 40 anos, 39% possuem renda mensal familiar menor que 2 salários-mínimos e 48% tiveram de 3 a 4 gestações. Avaliou-se os fatores de risco que podem propiciar uma DMG. Em relação ao questionário específico quanto ao conhecimento sobre a DMG, as gestantes responderam em sua maioria 56% não ter conhecimento a respeito do tema e não ter sido orientada em seu pré-natal sobre prevenção, sinais e sintomas e consequências da Diabetes durante a gestação. Conclusão: Foi possível identificar o perfil social, epidemiológico e clínico das grávidas e seu conhecimento em relação ao desenvolvimento e atenção ao DMG.
PALAVRAS-CHAVE: Conhecimento. Diabetes. Gestação.

40 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: Gmagno-2009@hotmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-2959-0775.
41 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: annapaulajppb33@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5017-1479
42 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: liviacirilo@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6689-2986.
43 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: valdicleia.torres@facene.com.br. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-3974-7123.
44 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: waleriabastos@hotmail.com. Orcid: http://orcid.org/0000-0002-5208-108X.
45 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: suellen.matos@facene.com.br. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5881-3827.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

KNOWLEDGE OF PREGNANT WOMEN ABOUT GESTATIONAL DIABETES

ABSTRACT:
Objective: To evaluate the knowledge of pregnant women about Gestational Diabetes Mellitus. Methodology: Descriptive exploratory research with quantitative approach carried out at the Nova Esperança Health Center. The reference population consisted of 50 pregnant women, with 48 pregnant women as the sample. Data collection was performed through a questionnaire containing three parts, the first being sociodemographic, the second regarding the risk factors that lead to GDM and the other related to the knowledge of pregnant women about GDM. Data collection began after approval of the project by FACENE's Research Ethics Committee. This work complied with the norms of Resolution 466/2012 of the National Health Council of the Ministry of Health - NHC/MoH and the Resolution of the Federal Nursing Council - COFEN 564/2017. Results: The sociodemographic profile of pregnant women attended, most of them, 48% who are between 31 and 40 years old, 39% have a monthly family income of less than 2 minimum wages and 48% had 3 to 4 pregnancies. The risk factors that may provide a GDM were evaluated. Regarding the specific questionnaire regarding knowledge about GDM, most of the pregnant women answered 56% not knowing about the subject and not having been instructed in their prenatal care about prevention, signs and symptoms and consequences of Diabetes during pregnancy. Conclusion: It was possible to identify the social, epidemiological and clinical profile of pregnant women and their knowledge regarding the development and care of GDM.
KEYWORDS: Knowledge. Diabetes. Pregnancy.

INTRODUÇÃO

CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

O Diabetes Mellitus é definido como uma doença metabólica, onde se caracteriza por uma falha na produção de insulina ou por uma resistência à ação desta; a insulina é um hormônio produzido pelas células beta-pancreáticas. A deficiência dos receptores celulares para este hormônio também pode levar ao desenvolvimento dessa doença. O Diabetes Mellitus em conjunto com a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são importantes causas de mortalidade em relação ao Sistema Único de Saúde. O DM existe em dimensão mundial e causa grande preocupação para a saúde pública (MORESCHI et al; 2018).

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Sob esta ótica, de acordo com a IDF (International Diabetes Federation) 8,8% de 95% da população mundial de 20 a 79 anos de idade (424,9 milhões de pessoas) obtêm o DM. Resultados epidemiológicos relatam que o meio ambiente é um importante indicador, tanto na fase intrauterina como extra-uterina e cerca de 80% dos indivíduos vivem em países em desenvolvimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se a prevalência de DM na população adulta em 7,6%. Dados relatam que há uma elevação de 15% em Ribeirão Preto (SP) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2020). Segundo a Organização Mundial de Saúde, o número de pessoas com diabetes nos últimos 40 anos, quadruplicou, e que ainda neste século, o Brasil terá aproximadamente 11 milhões de indivíduos com essa patologia. A possibilidade de complicações e em sua decorrência, o óbito, cresce gradativamente, ao invés de diminuir (OMS, 2021).

Nesse contexto, existem 3 principais classificações do diabetes, o tipo 1 (DM1) que é quando o sistema imunológico acomete por engano as células do pâncreas ocorrendo uma diminuição ou um bloqueio na produção de insulina. O tipo 2 (DM2) é quando a produção de insulina no pâncreas é produzida gradualmente reduzida, relacionada à uma resistência à ação dela no sistema imunológico (BRASIL, 2017).

O diabetes antes da gestação (diabetes pré-gestacional) são intolerantes aos carboidratos, diagnosticadas durante a gestação (diabetes gestacional), gestantes com diabetes pré-gestacional nem sempre dependem do uso de insulina para se manterem supridas, sendo assim classificadas em diabetes tipo I (insulino-dependente) e tipo II (não insulino dependente) que geralmente pode ser tratada e solucionada no período pós-parto. Vale lembrar que ambas podem resultar em complicações tanto para a mãe quanto para o bebê (BREIGEIRON, et al; 2020).

As complicações neonatais observadas com mais frequência são: macrossomia (doença fetal que se caracteriza, principalmente, pelo excesso de peso de recém-nascido, consequência do aumento de partos cesáreos); hipoglicemia (diminuição da quantidade

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

normal de glicose no sangue); policitemia (alteração sanguínea caracterizada por grande aumento da quantidade de hemácias circulantes); icterícia (síndrome de várias moléstias, caracterizadas pela coloração amarelada dos tecidos e das secreções orgânicas, resultantes da presença anormal de pigmentos biliares); hipocalcemia (taxa de cálcio no sangue abaixo da considerada normal) e aumento de chances de malformações congênitas.

Sendo assim, o conceito para a mulher diabética ou com fatores de risco para o desenvolvimento da doença diabetes tipo 2 deve ser de extremo cuidado e planejamento, mantendo-se o controle glicêmico adequado (BEZERRA, 2020).

Estudos mostram ainda que a tendência para o diabetes mellitus gestacional e pré-gestacional é o que está mais associado com o maior risco de mortalidade tanto materna quanto perinatal, aproximadamente 7% de todas as gestações no mundo são complicadas pelo DMG, resultando em mais de 200.000 casos por ano e representando 90% dos casos dessa patologia. A prevalência pode variar de 1 a 14%, dependendo do número de habitantes da população estudada e dos testes diagnósticos empregados na mesma.

No Brasil, de acordo com Packer (2016), 7% das gestantes que possuem complicações por diabetes mellitus estão relacionadas ao desenvolvimento de quadros de hiperglicemia, sendo a insulinoterapia a forma terapêutica mais empregada para o tratamento destas gestantes chegando ao número de 20%. Acredita-se que esta probabilidade estatística venha existir pelo fato da maioria da população que possui o diagnóstico vem a evoluir da doença e que boa parte das pessoas que têm diabetes desconheça a sua própria condição clínica (BRASIL, 2011).

Sabe-se que o diagnóstico precoce é importante para o desenvolvimento gestacional, sendo assim, a descoberta precoce e a procura por assistência pré-natal, torna mais eficiente o tratamento tanto para a paciente quanto para o feto, melhorando os resultados maternos e perinatais, é válido relembrar os cuidados à gestante com DMG,

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

à importância da primeira consulta de pré-natal desde o início de sua gestação sendo obrigatório o rastreamento para a detecção da patologia.

A mulher com DMG tem que conviver com uma patologia que ocorre concomitante aos outros eventos que envolvem a gravidez e aqueles relacionados a uma gravidez de risco. Por isso, acredita-se que a mulher que enfrenta essa situação, pode apresentar diversos tipos de emoções com sentimentos exacerbados de insegurança, medo, angústia e, muitas vezes, negação, causados pela condição em que se encontra.

Os altos índices de DMG indicam que há mulheres acometidas por esta patologia, sugerindo que existem lacunas na atenção prestada a esta parcela da população. Assim, interroga-se o conhecimento, entendimento da gravidez.

Diante do exposto, surgem os seguintes questionamentos: o que as mulheres em período gestacional conhecem sobre a diabetes mellitus; como é passada essas informações pelo profissional de saúde visando a prevenção e o autocuidado dessas gestantes?

Pressupõe-se que o conhecimento e entendimento desta patologia pela gestante podem possibilitar um cuidado adequado do diabetes na gravidez. Para tanto, faz-se necessário que o profissional que atenda a gestante tenha um olhar atento para identificar suas necessidades e dificuldades. Essa atenção possibilitará que sejam esclarecidos a gestante aspectos importantes relacionados à diabetes, para que possa ser participante ativa no próprio cuidado, visando a prevenção e diminuir os riscos e complicações relacionados a uma gravidez de risco.

METODOLOGIA

TIPOS DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória descritiva com abordagem quantitativa, que segundo Gil (2010) tem como objetivo principal descrever as

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

características de certa população, fenômeno ou então, o estabelecimento entre as variáveis, que incluirá uma postura descritiva através de dados coletados.

O método quantitativo, como o próprio nome indica, é caracterizado pelo emprego da quantificação nas categorias em que há coleta de informações e tratamento das mesmas por meio de técnicas estatísticas. A princípio, tem como finalidade garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando, consequentemente, uma margem de segurança quanto às deduções.

LOCAIS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde Nova Esperança (FACENE). A mesma está situada na Av. Frei Galvão, 12 Bairro de Gramame. Com 14 anos no mercado, sendo referência na formação de profissionais na área de saúde, tanto em Medicina quanto em Enfermagem, tendo como Missão e Filosofia, contribuir para o desenvolvimento da saúde e da qualidade de vida das pessoas, fortalecendo e aprimorando o fluxo de informações em ciências da saúde, levando seus alunos ao sucesso na vida profissional, pessoal e social.

POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da referida amostra foi composta por 50 gestantes que são atendidas no Centro de Saúde Nova Esperança das Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE). A amostra foi constituída por 48 pacientes que corresponde a 95 % da amostragem total, devido estas gestantes serem acompanhadas nos seus pré-natais no centro de saúde no momento da pesquisa e que apresentaram os seguintes critérios de inclusão: Aceitar participar da pesquisa esteja presente no momento da coleta, e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e os critérios de exclusão: Não ser atendida no Centro de saúde.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário, contendo duas partes, sendo uma sócia demográfica e outra relacionado ao tema abordado neste trabalho direcionado às gestantes participantes que são atendidas no Centro de Saúde Nova Esperança das Faculdades de Enfermagem e de Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE).

PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Dessa forma, a coleta aconteceu nos meses de abril e maio de 2018.

ANÁLISES DE DADOS

Os dados foram analisados e organizados em forma de tabelas e gráficos pelo programa Excel, apresentados com valores absolutos e em percentuais. Os resultados foram discutidos em relação aos dados obtidos da coleta, juntamente com a literatura pertinente.

ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de pesquisa com seres humanos, este trabalho obedeceu às normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde-CNS/MS (BRASIL, 2012), que implica no respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido bem como a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN nº 564/2017 que trata do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2017). Embora todas as pesquisas envolvendo seres humanos

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

possam gerar riscos, essa pesquisa apresenta riscos mínimos, e teve como benefícios propiciar a estas gestantes um maior conhecimento sobre a DMG.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa estão divididos em três partes, a primeira parte é referente a caracterização sócio demográfica das gestantes que fizeram parte da amostra, a segunda parte se refere aos fatores de risco que podem propiciar a diabetes gestacional e a terceira em relação ao conhecimento passado para as gestantes durante as consultas de pré-natal a respeito da Diabetes Mellitus gestacional.

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA DAS GESTANTES ENTREVISTADAS

Tabela 1 - Caracterização sócio demográfica das gestantes (n= 48). João Pessoa, 2018.

	n	%
Idade		
15 – 20 anos	10	20
21 – 30 anos	14	28
31 – 40 anos	24	48
Estado Civil		
Solteira	14	28
Casada	28	56
Viúva	02	04
Outros	04	08
Escolaridade		
Ensino Fundamental	11	22
Ensino médio	30	60
Ensino superior	07	14

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Renda mensal familiar		
Menos de 02 salários mínimos	39	78
Entre 02 e 03 salários mínimos	08	16
Mais de 03 salários mínimos	01	02
TOTAL	**48**	**96**

Fonte: Pesquisa direta.

Verificou-se que conforme os dados obtidos na pesquisa, no que se refere à parte sócio demográfica, nota-se que 48% (n=24) das participantes encontra-se na faixa etária de 31 a 40 anos, 28% (n=14) é entre 21 a 30 anos, e apenas 20% (n=10) de 15 a 20 anos. Segundo artigos analisados a idade é um dos fatores de risco para a DMG, o estudo realizado na Universidade Federal do Piauí – UFPI em 2016, foi observado que as prevalências de mulheres diagnosticadas tinham idade superior a 30 anos, sugerindo que mulheres na faixa etária de 20 a 40 anos apresentam maior chance para o DMG.

Para o Ministério da saúde, mulheres grávidas com idade superior a 35 anos são consideradas como população de risco para gravidez, e que idade superior a 25 anos é um fator de risco para DMG (BRASIL, 2016).

Referente ao estado civil nota-se uma diferença razoável entre as entrevistadas, sendo 28 casadas que corresponde a 56%, 14 solteiras que corresponde a 28%, 02 viúvas, sendo 04% e 04 outros correspondendo a 8%. O grau de escolaridade das entrevistadas foi dividido em ensino fundamental, médio e superior, tendo como resultado 60% (n=30) com ensino médio, 22% (n=11) possui ensino fundamental e apenas 14% (n=07) estudaram ensino superior. No que se refere à renda mensal familiar, 78% (n=39) das gestantes têm renda de menos de 2 salários mínimos, 16% (n=08) tem entre 2 e 3 salários mínimos e apenas 02% (n=01) possuem mais de 3 salários mínimos. Desta forma nota-se que as gestantes participantes em sua maioria são casadas, estudaram até o ensino médio e possuem renda baixa.

FATORES DE RISCO PARA DMG DAS GESTANTES ENTREVISTADAS

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Nesta pesquisa foi questionado as gestantes participantes a quantidade de gestação, o período gestacional em que se encontram e o histórico familiar das mesmas, com intuito de averiguar se elas possuem fatores de risco que possam levar a um futuro diagnóstico de DMG.

Segundo Yrlanda, Costa e Farhat (2013), os principais fatores de risco reconhecidos até o momento para DMG, presentes na maioria das mulheres brasileiras, que evoluem ou não para DMG são: história de diabetes em familiar de primeiro grau, obesidade, idade superior a 25 anos, hipertensão arterial sistêmica, mau passado obstétrico (antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, história de macrossomia fetal ou diabetes gestacional prévios, abortos de repetição e malformações congênitas fetais) e macrossomia, polidrâmnio, Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) ou ganho de peso excessivo na gestação em curso. Também já foram descritos como fatores de risco a baixa estatura da gestante (≤151 cm) e a Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP).

Tabela 2- Caracterização dos fatores de risco para o DMG (n= 48). João Pessoa,2018.

	n	**%**
Quantidade de gestação		
01 – 02	19	38
03 – 04	24	48
Mais de 05	05	10
Período Gestacional		
1º Trimestre	20	40
2º Trimestre	16	34
3º Trimestre	12	24
Histórico familiar		
Diabetes	27	54
Hipertensão	32	64

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Obesidade	07	14
TOTAL	**48**	**96**

Fonte: Pesquisa direta.

Quanto ao resultado da pesquisa no que diz respeito aos fatores de risco para o desenvolvimento da DMG, obtivemos que 48% (n=24) das entrevistadas possui de 03 a 04 filhos, dentre essas 24 gestantes, 19 tiveram partos normal, 7 tiveram partos cesarianos, 03 teve aborto.38% (n=19) gestantes possui de 01 a 02 filhos, dessas, todas tiveram partos normais e nenhuma teve aborto. 05 gestantes possuem mais de 05 filhos e corresponde a 10% das entrevistadas, das 05 gestantes que possui mais de 05 filhos, apenas 01 teve todos os partos normais, 04 gestantes tiveram os dois tipos de parto e 03 teve aborto.

A respeito do período gestacional em que as entrevistadas se encontram, 40% (n=20) das gestantes se encontra no 1º trimestre da gestação, 34% (n=16) das gestantes entrevistadas se encontra no 2º trimestre da gestação e 24% (n=12) das gestantes entrevistadas se encontra no 3º trimestre da gestação.

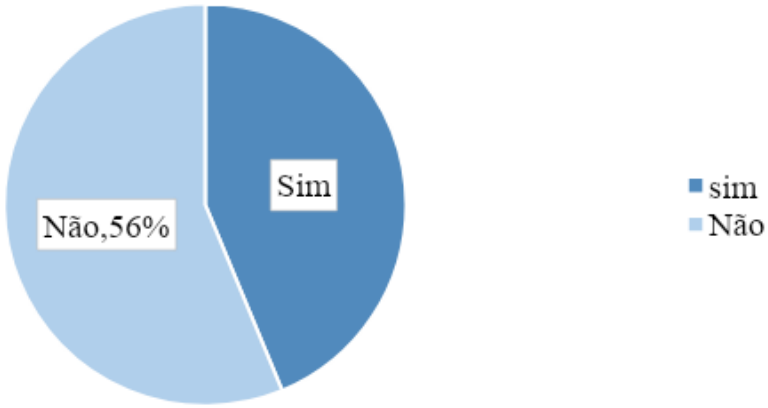
Diante disto, um importante fator de risco para o desenvolvimento dessa doença está diretamente relacionado à história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau. Com esta informação, é possível antever o risco de desenvolvimento de DMG, por meio de conhecimento dos casos na família da gestante.

Quando questionadas sobre a existência de diabetes na família, das 48 entrevistadas, 64% (n=32) afirmaram possuir parentes (bisavô, avôs, pais, tios e/ou irmãos) com DM, enquanto 36% (n=18) disseram não possuir história desta doença no âmbito familiar. Foi questionado também a respeito de hipertensão e obesidade no âmbito familiar, e 32 gestantes, correspondendo a 64% afirmaram ter casos de hipertensão na família e 07 gestantes, o que corresponde a 14% das entrevistadas, afirmaram ter casos de obesidade na família.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

CONHECIMENTO DAS GESTANTES ENTREVISTADAS A RESPEITO DA DMG

Gráfico 1 -Conhecimento das gestantes sobre a Diabetes Mellitus Gestacional (n=48). João Pessoa, 2018.



Fonte: Pesquisa direta.

Das 48 gestantes entrevistadas, 56% (n=27) afirmaram não possuir conhecimento a respeito da Diabetes Mellitus Gestacional, seus fatores de risco, as consequências e as morbidades para o binômio mãe/filho. Esse conhecimento deve ser passado à gestante durante as consultas de pré-natal pelo enfermeiro responsável de fazer o acompanhamento da gestante, as mesmas afirmaram que não foi passada a elas nenhuma informação visando a prevenção e no caso de ser diagnosticado uma melhor aceitação da DMG. Das 48 gestantes, 44% (n=21) gestantes afirmaram possuir conhecimento a respeito da DMG e que essas informações foram passadas durante o pré-natal.

Em 21 gestantes que afirmaram ter conhecimento a respeito da DMG, foi avaliado o grau de conhecimento passado a elas, com perguntas de múltiplas escolhas a respeito dos riscos que a DMG passa para mãe e para o bebe, quais as prevenções, as consequências e quais os principais cuidados que a gestante portadora de DMG deve ter.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Diante das respostas, todas as 21 gestantes responderam as opções certas, mostrando realmente possuir o conhecimento necessário visando uma boa preparação caso o diagnóstico de DMG, porém, apresentavam dúvidas, respostas fragmentadas e às vezes incompletas, em seus relatos foram observados maiores conhecimento e preocupações quanto ao risco para o bebê.

Desta forma fica claro que ainda existem lacunas durante o atendimento de pré-natal e a necessidade de uma maior interação entre o profissional de saúde, no caso o enfermeiro e a gestante, visando passar todas as informações necessárias para que a gestante tenha uma postura de prevenção, como cuidados com a alimentação e atividades físicas durante a gravidez e que em caso de diagnosticado a DMG a gestante saiba se portar e quais medidas tomar diante do quadro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo, foi possível identificar o perfil social, epidemiológico e clínico das grávidas e seu conhecimento em relação ao desenvolvimento e atenção ao DMG, permitindo maior conhecimento sobre as mulheres acometidas pela enfermidade. Diante da identificação do perfil das gestantes estudadas, vários foram os fatores de risco levantados para o desenvolvimento do diabetes gestacional, em que 52% das gestantes apresentavam idade superior a 35 anos, 54% com histórico familiar de DM e 6% desenvolveram DMG em gestação anterior.

Portanto, com esses dados podemos identificar que as gestantes atendidas no Centro de Saúde Nova Esperança possuem riscos para um possível diagnóstico de DMG. Nos relatos detectou-se que alguns pontos devem ser priorizados pelos profissionais de saúde atuantes na atenção à gestante, como trabalhar mais a educação permanente com vista a proporcionar o conhecimento das gestantes sobre as consequências do DMG e como prevenir tendo em vista que a maioria possui fatores de risco para a doença, pois 54% informaram não saber o que essa doença pode causar ao feto e para a gestante. Isto

é, não sabiam o quão nocivo o DMG pode ser para o feto se não for bem tratado e controlado.

Ademais, diante de um possível diagnóstico de diabetes gestacional, muitas gestantes não sabiam a consequência do DMG e não mudaram seu estilo de vida para o controle glicêmico. Assim, nota-se a necessidade de uma assistência pré-natal de maior qualidade, não se limitando apenas em exames, mas também em aspectos psicológicos, familiares e antropológicos. Dessa forma a abordagem de uma gestante e a atenção pré-natal deve ser multidisciplinar e atuação dos profissionais de saúde é fundamental na prevenção e educação em saúde, visto que se trata de uma enfermidade complexa que demanda cuidados e mudança de hábitos, além da dedicação.

Com isso, os objetivos do estudo foram alcançados, caracterizando os riscos para um possível diagnóstico de DMG nas gestantes que são atendidas no Centro de Saúde Nova Esperança e identificando o conhecimento delas a respeito da DMG.

REFERÊNCIAS

1 LUCIANO, M.P.; SILVA, E. F; CECCHETTO, F.H. Orientações de enfermagem na gestação de alto risco: percepções e perfil de gestantes. Revista de Enfermagem UFPE online, v.5, n.5, p.1261-266, 2011.

2 Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. ed: Clannad, 2019. 491 p. Disponível em: https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf

3 Packer, L. W. Diabetes Gestacional. Revista UNIPLAC, v. 4, n. 1, 2016.
4 Pacto global para acelerar ações de combate à diabetes. Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021).

5 Ministério da Educação. Diabetes Gestacional. Risco para mãe e filho, diabetes gestacional é motivo de alerta, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/mejc-ufrn/comunicacao/noticias/risco-para-mae-e-filho-diabetes-gestacional-e-motivo-de-alerta.

6 The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on gestational diabetes mellitus: A pragmatic guide for diagnosis, management, and careMoshe Hod 1, Anil Kapur 2, David A Sacks 3, Eran Hadar 4, Mukesh Agarwal 5,

Gian Carlo Di Renzo 6, Luis Cabero Roura 7, Harold David McIntyre 8, Jessica L Morris 9, Hema Divakar 10

7 Standards of Medical Care in Diabetes-2016 Abridged for Primary Care Providers. Clin Diabetes. 2016;34(1):3-21.

8 Morais, A. M.; Rempel, C.; Delving, L. K. O. B.; Morechi, C. Perfil e Conhecimento de Gestantes sobre o Diabetes Mellitus Gestacional. Rev epidemiol controle infecç, v. 9, n. 2, p. 134-141, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/334381743_Perfil_e_conhecimento_de_gestantes_sobre_o_diabetes_mellitus_gestacional

9 Fernandes, C. N; Bezerra, M. M. M. O Diabetes Mellitus Gestacional: Causa e Tratamento/The Managemental Diabetes Mellitus: Cause And Treatment. ID on line Revista de psicologia, v. 14, n. 49, p. 127-139, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.14295/idonline.v14i49.2325.

10 Pedrini, D.B.; Cunha, M.L.C.; Breigeiron, M.K. Estado nutricional materno no diabetes mellitus e características neonatais ao nascimento. Rev. Bras. Enferm. [online]. 2020, vol.73, suppl.4, e20181000. Epub Aug 05, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-1000.

11 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 – Brasília, 2011.

12 Gil, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa, 4 ª Ed. São Paulo; atlas S/A. 2010.

13 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde.318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32). 2012.

14 COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Nº COFEN 311/2007: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2007.

15 Bufrem, L. S.. Complementaridade qualitativo-quantitativa na pesquisa em informação. Transinformação, v. 13, p. 49-55, 2001.

16 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde.302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2016.

CAPÍTULO IX

CONHECIMENTO DE GESTANTES ACERCA DOS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Ilana Vanina Bezerra de Souza[46]; Amanda Benício da Silva[47];
Thaís Ponciano Barbosa da Silva[48]; Rebeca Medeiros dos Santos[49];
Karoline de Medeiros Lourenço[50]; Bruna Beatriz Cavalcanti Rodrigues[51].
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-09

RESUMO:
Os primeiros dias após o parto são sobretudo de adaptação à vida extrauterina, sendo considerado um período de maior vulnerabilidade e risco de morte para a criança. Objetivo: identificar o conhecimento de gestantes acerca dos cuidados com recém-nascidos, possibilitando estratégias de intervenção de ensino e busca pela promoção da saúde do binômio mãe-bebê através da produção científica já publicada. Método: trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cujo levantamento bibliográfico ocorreu com nas seguintes bases de dados: LILACS, MEDLINE e BDEnf, utilizando os descritores "Pregnant Women", "Newborn" e "Prenatal Care". Resultados: foi possível perceber que as mulheres que já eram mães ou que tinham um maior nível de escolaridade demonstraram um maior nível de conhecimentos para promover os cuidados ao recém-nascido. Evidenciou-se ainda a relevância das visitas domiciliares, devendo ser integrado nas intervenções atuais de saúde, proporcionando ações a nível de comunidade, nas unidades básicas de saúde, e também como parte de uma estratégia de cobertura universal. Conclusão: os profissionais da saúde se tornam ferramentas fundamentais para a implementação de estratégias que ajudem as gestantes a conduzir melhor essa fase que requer uma transição de comportamentos, e integração de novos conhecimentos, de maneira a desenvolver com aptidão os cuidados com o RN.
PALAVRAS-CHAVE: Gestantes. Recém-nascido. Cuidado pré-natal. Enfermagem. Humanização.

46 Enfermeira, Mestre. Docente do curso de Graduação em Enfermagem e Medicina da Faculdade Nova Esperança, FACENE, João Pessoa, PB, Brasil. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-7833-6415. E-mail: ilanavbs@gmail.com.
47 Enfermeira, Mestre. Docente do curso de Graduação em Enfermagem e Medicina da Faculdade Nova Esperança, FACENE, João Pessoa, PB, Brasil. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-4657-7804. E-mail: amandabeniciojp@gmail.com
48 Enfermeira, pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, FACENE, João Pessoa, PB, Brasil, Orcid: https://orcid.org/0000-0002-7105-9443. E-mail: thaisjpbarbosa@live.com
49 Enfermeira, pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, FACENE, João Pessoa, PB, Brasil. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-0338-7768. E-mail: rebecamedeiros01@gmail.com.
50 Enfermeira, pela UNNINASSAU, João Pessoa, PB, Brasil. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5650-5062. E-mail: karolinemlourenco@gmail.com.
51 Discente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, FACENE, João Pessoa, PB, Brasil. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-8457-5498. E-mail: brunnabeatriz015@gmail.com.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

KNOWLEDGE OF PREGNANT WOMEN ABOUT THE CARE OF THE NEWBORN: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT:
The first days after delivery are mainly adapted to extrauterine life, being considered a period of greater vulnerability and risk of death for the child. Objective: identify the knowledge of pregnant women about newborn care, enabling teaching intervention strategies and seeking to promote the health of the mother-baby binomial through the scientific production already published. Methods: it is an integrative literature review, whose bibliographic survey occurred with the following databases: LILACS, MEDLINE and BDEnf, using the descriptors "Pregnant Women", "Newborn" and "Prenatal Care". Results: showed that women who were already mothers or who had a higher level of education demonstrated a higher level of knowledge to promote care for the newborn. The relevance of home visits was also highlighted, and should be integrated into current health interventions, providing actions at the community level, in basic health units, and also as part of a universal coverage strategy. Conclusion: that health professionals become fundamental tools for the implementation of strategies that help pregnant women to better conduct this phase that requires a transition of behaviors, and integration of new knowledge, in order to develop newborn care with aptitude.
KEYWORDS: Pregnant women. Newborn. Prenatal care. Nursing. Humanization.

INTRODUÇÃO

A gravidez é um evento fisiológico e, por esse motivo, na maioria dos casos seu progresso acontece sem intercorrências. É uma fase marcada por novas emoções, mudanças físicas, sensações, modificações nos relacionamentos interpessoais e familiares, requerendo da mulher uma enorme capacidade de adaptação.[1,2]

O período neonatal que compreende os primeiros 28 dias de vida extrauterina do recém-nascido, é um momento de grande vulnerabilidade e risco de morte para a criança. Em comparação a crianças de maior faixa etária, o recém-nascido tem maior desvantagem em seu sistema imunológico, permitindo que as doenças evoluam a possíveis complicações.[3] Neste ínterim, os cuidados ao RN são de grande valia para manutenção da vida e prevenção ou identificação precoce de intercorrências, o que refletirá na saúde futura da criança.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

A maneira do cuidar é advinda de particularidades próprias do cenário sociocultural e familiar em que os indivíduos vivem e encontra-se relacionado a uma etapa de modificação na vida da mãe. Acredita-se que com um maior entendimento das mães e familiares acerca dos cuidados com recém-nascido é possível a prevenção de acidentes e exposição a agente patogênicos, garantindo também o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade.[4,5]

É essencial diminuir as dificuldades que as mães demonstram quanto à amamentação, proporcionando orientações de pega e posicionamento adequados. Deve-se ressaltar também os cuidados com a higienização do coto umbilical, higiene oral e corporal do recém-nascido, mudanças fisiológicas que ocorrem na fase neonatal (queda de cabelo, descamação da pele), cuidado com medicação para febre e cólicas. Deste modo, as gestantes e mães precisam de informações e orientações práticas em relação ao cuidado de recém-nascido, além de suporte, assistência familiar e social.[6,7,3]

O estudo[8] elencou que as principais dificuldades em relação ao cuidado estão ligadas sobretudo à falta de auxílio sobre as orientações, que deveriam ser fornecidas pelos profissionais de saúde durante o pré-natal. Portanto, cabe ao serviço de saúde efetivar e enaltecer as ações de educação em saúde, com a finalidade de colaborar com a ampliação do conhecimento das mães e cuidadores no fornecimento dos cuidados apropriados ao recém-nascido.

Este estudo se justifica na importância de compreender o conhecimento de gestantes sobre os cuidados primários ao filho recém-nascido que serão oferecidos por elas, de modo a possibilitar a elaboração de estratégias para posterior intervenção educativa buscando com isso a promoção da saúde do binômio mãe-bebê. Com o objetivo de analisar as publicações científicas sobre o conhecimento de gestantes acerca dos cuidados aos recém-nascidos.

MÉTODO

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

O estudo trata-se de uma revisão integrativa, baseando -se na literatura atual voltada para a temática da pesquisa. O levantamento de dados foi realizado nas bases: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDEnf) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), durante o mês de setembro de 2020.

A amostra foi constituída por artigos científicos indexados nas bases de dados mencionadas anteriormente, sendo utilizado os seguintes descritores: "*Pregnant Women*", "*Newborn*" e "*Prenatal Care*", de acordo com o *Medical Subject Headings* (MESH), associados pelo operador booleano "AND".

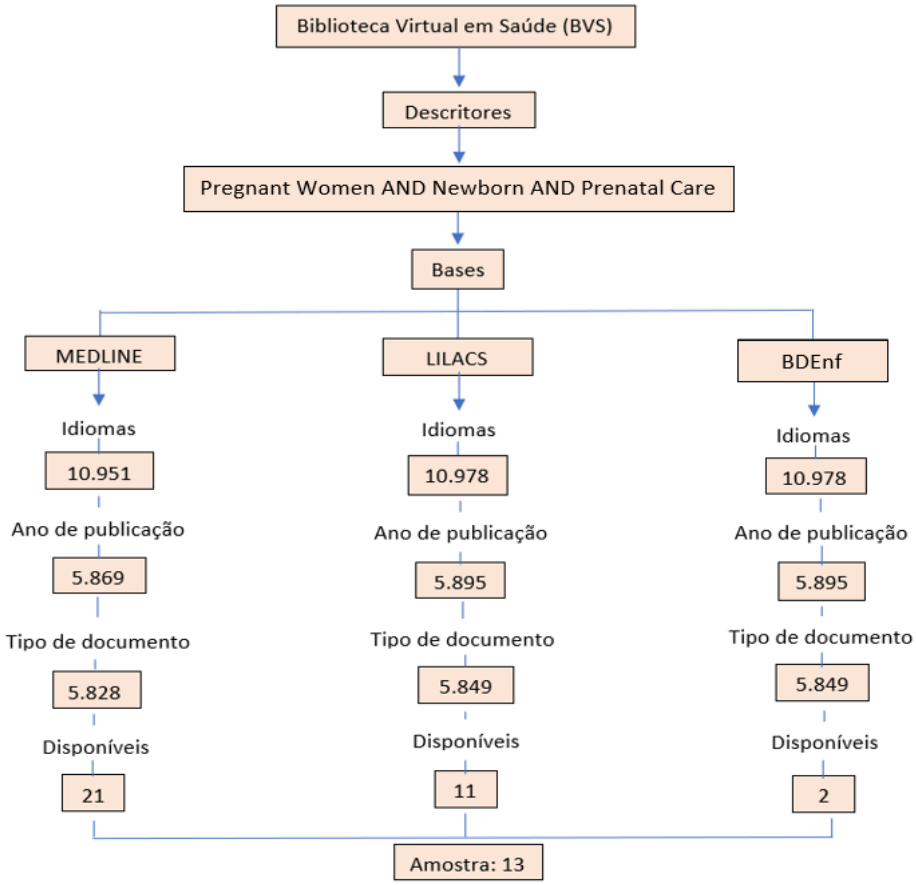
A busca de dados baseou-se nos seguintes métodos: leitura de títulos, de resumos e, por fim, dos artigos na íntegra, identificando se os mesmos respondiam à questão norteadora do estudo.

Para constituir a amostra, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigo científico, com texto disponível na íntegra gratuitamente, disponibilizado nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados nos últimos 5 anos. Nesse contexto, foram identificados 34 documentos, sendo 21 (62%) da plataforma MEDLINE, 11 (32%) da plataforma LILACS e 2 (6%) da plataforma BDEnf. Destes, 19 foram excluídos por não atenderem o objetivo do estudo, e dois foram excluídos por duplicidade nas plataformas, sucedendo em uma amostra de 13 artigos.

Com base nos critérios de inclusão foi possível selecionar 13 produções científicas que constituem o objeto do estudo, especificado na Tabela 1.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

FIGURA 1: Fluxograma do processo de busca e seleção da amostra. Dados da pesquisa, 2020.



RESULTADOS

Evidenciou-se como resultados que dos 13 artigos que compuseram a amostra o maior número de publicações ocorreu no ano de 2018, correspondendo a quatro artigos (31%), três (23%) do ano de 2016, dois (15%) de 2017, dois (15%) de 2015 e outros dois (15%) de 2019.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

TABELA 1: Artigos incluídos para a Revisão da Literatura de acordo com título, base de dados, autores, ano de publicação e tipo de estudo. João Pessoa, 2020

Nº	Título	Bases	Autores	Ano
1	Does antenatal care servisse Quality influence essential newborn care (ENC) practices? In Bahir Dar City Administration, North West Ethiopia: a prospective follow up study	MEDLINE	Tafere TE, Afework MF, Yalew AW	2018
2	Adapting the Quality Maternal and Newborn Care (QMNC) Framework to evaluate models of antenatal care: A pilot study	MEDLINE	Symon A, McFadden A, White M, Fraser	2018
3	Knowledge, attitude and practices: assessing maternal and child health care handbook intervention in Vietnam	MEDLINE	Aiga H, Nguyen VD, Nguyen TTT,	2016
4	Awareness and attitude towards breastfeeding among two generations of Indian women: a comparative study	MEDLINE	Pandey D, Sandana P, Saxena A, Dogra L, Coondoo A, Kamath A	2015
5	Effect of village health team home visits and mobile phone consultations on maternal and newborn care practices in Masindi and Kiryandongo, Uganda: a community-intervention trial	MEDLINE	Ayiasi RM, Kolsteren P, Batwala V, Criel B, Orach CG	2016
6	Factors affecting breastfeeding adherence among Chinese mothers: a multicenter study	MEDLINE	Huang P, Ren J, Liu Y, Luo B, Zhao X	2017
7	Lacunas de conhecimentos e habilidades de mães portuguesas associadas à saúde do recém-nascido	MEDLINE	Marin HF, Cardoso AMR	2018
8	Aleitamento materno: conhecimento das gestantes sobre a importância da amamentação na Estratégia de Saúde da Família	LILACS	Silva KMS, Gotz ER, Santos MVJ	2017
9	Amamentação: conhecimentos e experiências de gestantes	LILACS	Xavier BS, Nobre RG, Azevedo DV	2015
10	Atividade educativa para a promoção do cuidado com o recém-nascido	LILACS	Ribeiro SCSS, Rocha RS, Jacob LMS, Jorge HMF, Mafetone RR, Pimenta CJL	2018
11	Conocimiento sobre los Beneficios de la Lactancia Materna en pacientes Mujeres embarazadas y/o en Post-Parto no primigestas en San Juan Sacatepéquez	LILACS	Beteta LP, Sanjose L, León M	2016
12	Conhecimentos sobre aleitamento e a relação com a sua prevalência	LILACS	Cotelo MDCS, Fernández MJM, García PP, Arias BF, Novio S	2019
13	Visitas domiciliares puerperais: promoção da saúde do binômio mãe-filho	LILACS	Hollanda GSE, Lima VKS, Oliveira BMM, Bezerra RA, Carvalho CML, Santos LVF	2019

DISCUSSÃO

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

O estudo sete destacou o nível de conhecimento e habilidades das gestantes no que diz respeito aos cuidados com o recém-nascido, observou-se que mulheres que já eram mães ou que tinham um maior nível de escolaridade demonstraram um maior nível de conhecimentos para promover os cuidados ao recém-nascido. No que se refere às dificuldades entre a 1 e a 2 semana, que é o foco deste estudo, foram destacados aspectos relacionados ao peso e sinais de alerta no padrão do sono.[9]

De acordo com um estudo prospectivo, realizado em 2018 na Itália, é primordial que o conhecimento materno sobre os cuidados essenciais ao recém-nascido comece antes do nascimento, através de um plano educacional. Devendo ser integrado nas intervenções atuais de saúde, os cuidados ao recém-nascido, proporcionando ações a nível de comunidade, nas unidades básicas de saúde, e também como parte de uma estratégia de cobertura universal.[10]

A combinação de visitas domiciliares e visitas através de telefones celulares se tornam uma estratégia de comunicação para ampliar a rede de cuidados sobre as práticas de cuidado ao recém-nascido. Facilitando a maneira de conduzir melhor práticas como: higienização adequada do coto umbilical, cuidados térmicos, início da amamentação exclusiva dentro da primeira hora de vida do RN, e a procura dos cuidados imediatos para doenças do RN.[11]

Em concordância com o estudo cinco, é possível descreve a importância das visitas domiciliares para gestantes, destacando o que elas proporcionam, como a discussão de temas importantes e o complemento de informações recebidas durante o pré-natal, tornando mulheres mais empoderadas e capazes de enfrentar desafios do autocuidado e do cuidado com o RN. Identificando o que funciona para quem e por que em diferentes modelos de atendimento é um passo necessário para reforçar e replicar os modelos de atenção mais eficazes.[12,13]

Em um estudo exploratório descritivo realizado em 2018, foi possível observar que algumas mulheres ainda possuem concepções errôneas relacionadas ao aleitamento materno. Alguns relataram não haver problemas em oferecer o seio de outra mulher para

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

o filho. Essa prática de aleitamento materno cruzado ainda é uma realidade entre mães mais jovens, em decorrência de dificuldades para a ordenha do leite e sobre o desconhecimento dos perigos que essa prática oferece. Nesse mesmo estudo foi identificado um número significativo de mães que desconhecem os procedimentos corretos para a higiene adequada do coto umbilical. No artigo quatro foi observado que apenas 20,3% das mães jovens possuem uma frequência correta da amamentação.[14,15]

Outro estudo[16], com o foco no aleitamento materno exclusivo, trouxe resultados relacionados aos fatores que influenciam nessa decisão. Fatores sociodemográficos, nível de escolaridade e multiparidade influenciam diretamente, uma vez que essas mulheres são as que apresentam uma maior disposição para o aleitamento materno. No estudo[17], o manual da saúde materna e infantil contribuiu para a prática de consultas de pré-natal, mudando atitudes. Identificando a proporção de mães que sabem a necessidade de amamentação exclusiva necessária durante os seis meses iniciais aumentou significativamente entre pré e pós-intervenções.

Houve ainda, a identificação de características definidoras e dos fatores relacionados a boas práticas de cuidados essenciais ao RN em estudo realizado em 2018. Ficou notório que embora as mães, incluídas nesse estudo, fossem responsáveis quanto aos cuidados gestacionais, iniciando o pré-natal antes das 16 semanas, a maioria das intervenções neonatais não chegam aos recém-nascidos. Indicando assim, a importância dos profissionais de saúde da atenção básica nesse momento, sendo necessário um maior compromisso dos profissionais quanto ao conhecimento dessas gestantes e de seus acompanhantes durante o pré-natal, implicando numa prática essencial aos cuidados com o RN.[10]

CONSIDERAÇÕES

Este estudo evidenciou que o nível de conhecimento das gestantes a respeito dos cuidados com os recém-nascidos está diretamente ligado ao nível de escolaridade e também de práticas anteriores, ou seja, mulheres que já eram mães.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Diante disso, foi exposto a necessidade do acompanhamento prévio e constante com essas gestantes, trazendo intervenções a nível de comunidade, na Atenção Básica, proporcionando o conhecimento dessas mães para práticas corretas em relação às necessidades do RN.

Com relação às limitações pertinentes à amostra desse estudo, foi identificado a escassez de publicações científicas relacionadas ao objetivo desta pesquisa.

Conclui-se que os profissionais da saúde se tornam ferramentas fundamentais para a implementação de estratégias que ajudem as gestantes a conduzir melhor essa fase que requer uma transição de comportamentos, e integração de novos conhecimentos, de maneira a desenvolver com aptidão os cuidados com o RN.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da saúde. Gravidez: o que é, sintomas, complicações, tipos e prevenção. [Internet]. Brasília; 2020. [acesso 2020 mar 21]; Disponível em: https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/gravidez.

2. Spindola T, Penna LHG, Lapa AT, Cavalcanti ALS, Silva JMR, Santana RSC. Período pós-parto na ótica de mulheres atendidas em um hospital universitário. Enfermagem em Foco. [Internet]. 2017 [acesso 2020 mar 22]; 8 (1): 42-46. Disponível em: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/847.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Triagem neonatal biológica: manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 80 p.: il. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf.

4. Ramos N, Tavares E. Cuidados de mães angolanas ao recém-nascido: abordagem intercultural. In: 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. 2020, Covilhã. Livro de atas. Covilhã: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. [Internet]. 2020. [acesso 2020 mar 25]. Disponível em: https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/9190.

5. Mariani C. Manual de aleitamento materno. 3. ed. São Paulo: [internet]. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). 2015; 169

6. Gomes ALM, Rocha CR, Henrique DM, Santos MA, Silva LR. Conhecimentos de familiares sobre os cuidados com recém-nascidos. Revista da Rede de Enfermagem do

Nordeste, Fortaleza [internet]. 2015. [acesso 2020 mar 25]; 16 (2), 258-265. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/3240/324038465016.pdf.

7. Lima, TMS. Conhecimento das puerperas sobre cuidados gerais com o recém-nascido: impacto de uma intervenção educativa. 2018. 52 f. Monografia (Especialização em enfermagem obstétrica). [Internet]. Universidade Federal de Minas Gerais e universidade federal do ceará, Fortaleza.

8. Ferreira MA, Ferreira GR, Parreira BDM, Soares MBO, Silva SR. Conhecimento de mães sobre os cuidados com crianças menores de 1 ano. Rev. Enfermagem e atenção à saúde. 2015. [Internet]; 16-27. Disponível em: http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/945/pdf_1.

9. Cardoso AMR; Heimar FM. Lacunas de conhecimentos e habilidades de mães portuguesas associadas à saúde do recém-nascido. Revista Latino-Americana de Enfermagem. [Internet]; 2018 [acesso 2020 mar 30]. 26, e2997. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/146177.

10. Tafere TE, Afework MF, Yalew AW. Does antenatal care service quality influence essential newborn care (ENC) practices? In Bahir Dar City Administration, North West Ethiopia: a prospective follow up study. Italian journal of pediatrics. 2018. [Internet]; 44(1), 105. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1186/s13052-018-0544-3.

11. Ayiasi RM, Kolsteren P, Batwala V, Criel B, Orach CG. Effect of village health team home visits and mobile phone consultations on maternal and newborn care practices in Masindi and Kiryandongo, Uganda: a community-intervention trial. PloS one. [Internet]. 2016. 11 (4), e0153051. Disponível em: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0153051.

12. Hollanda GSE, Lima VKS, Oliveira BMM, Bezerra RA, Carvalho CML, Santos LVF. Visitas domiciliares puerperais: promoção da saúde do binômio mãe-filho. [Internet]. Journal of Nursing and Health. 2019. 9 (3). Disponível em: https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/17027/10674.

13. Symon A, McFadden A, White M, Fraser K, Cummins A. Adapting the Quality Maternal and Newborn Care (QMNC) Framework to evaluate models of antenatal care: A pilot study. [Internet]. 2018. PloS one. 13 (8), e0200640. Disponível em: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0200640.

14. Ribeiro SCSS, Rocha RS, Jacob LMS, Jorge HMF, Mafetoni RR, Pimenta CJL. Atividade educativa para a promoção do cuidado com o recém-nascido. [Internet]. 2018. Saúde e Pesquisa. 11 (3), 545-553. Disponível em: https://177.129.73.3/index.php/saudpesq/article/view/6553.

15. Pandey D, Sardana P, Saxena A, Dogra L, Coondoo A, KamathA. Awareness and attitude towards breastfeeding among two generations of Indian women: a comparative

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

study. [Internet]. 2015. PloS one. 10 (5), e0126575. Disponível em: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0126575.

16. Suárez-Cotelo MDC, Movilla-Fernández MJ, Pita-García P, Arias BF, Novío S. Conhecimentos sobre aleitamento e a relação com a sua prevalência. [Internet]. 2019. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 53. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342019000100415&script=sci_arttext&tlng=pt.

17. Aiga H, Nguyen VD, Nguyen CD, Nguyen TTT, Nguyen LTP. Knowledge, attitude and practices: assessing maternal and child health care handbook intervention in Vietnam. [Internet]. 2015. BMC Public Health. 16 (1), 129. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-016-2788-4.

18. Huang P, Ren J, Liu Y, Luo B, Zhao X. Factors affecting breastfeeding adherence among Chinese mothers: a multicenter study. [Internet]. 2017. Medicine, 96 (38). Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5617685/.

19. Silva KMS, Goetz ER, Santos MVJ. Aleitamento materno: conhecimento das gestantes sobre a importância da amamentação na Estratégia de Saúde da Família. [Internet] 2017. Rev. bras. ciênc. Saúde. 111-118. Disponível em: https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/18116.

20. Xavier BS, Nobre RG, Azevedo, DV. Amamentação: conhecimentos e experiências de gestantes. [Internet]. 2015. Nutrire. 40 (3), 270-277. Disponível em: https://biblat.unam.mx/es/revista/nutrire/articulo/amamentacao-conhecimentos-e-experiencias-de-gestantes.

21. Beteta LP, Sanjose L, Magda L. Conocimiento sobre los Beneficios de la Lactancia Materna en pacientes Mujeres embarazadas y/o en Post-Parto no primigestas en San Juan Sacatepéquez. [Internet]. 2016. Rev. Fac. Med. (Guatemala), Disponível em: https://akademeia. ufm. edu/Medicina/Revista/? publicacion= volumen-1-segunda-epoca-no-20-2.

CAPÍTULO X

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM A PELE DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO, COM ÊNFASE EM EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AO USO DO SENSOR DE OXÍMETRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Sintia Dias Portugal [52]
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-10

RESUMO:
O presente estudo surgiu da necessidade de conhecer como o cuidado com a pele do RNPT tem sido desenvolvido nas UTINs. Para tanto, elencou-se como objetivo geral identificar as evidências científicas disponíveis na literatura acerca dos cuidados de enfermagem para prevenir a ocorrência de eventos adversos pelo uso do sensor de oxímetro de pulso. Dessa forma, a proposta é descrever os eventos adversos relacionados ao uso do sensor de oxímetro em neonatos prematuros, identificar os devidos cuidados com a pele imatura e realizar um levantamento dos cuidados de enfermagem na prevenção de injúrias cutâneas associadas ao sensor de oxímetro. Trata – se de uma revisão do tipo descritiva – exploratória com abordagem explicativa, a busca ocorreu em: Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO, revistas científicas de enfermagem, jornais de cirurgia pediátrica, jornais de anestesia, livro e ebook que contém informações metodologia do trabalho científico e sobre os cuidados com a pele dos neonatos, dos últimos 40 anos. O uso prolongado de adesivos e dispositivos médicos podem aumentar o risco de lesões cutâneas, uma vez que, esses neonatos são mais suscetíveis devido à imaturidade da pele, aumentando assim o tempo de internação na UTIN. Diante aos eventos adversos relacionados ao uso do sensor de oxímetro, o enfermeiro deve implementar uma assistência de qualidade através de treinamentos e educação continuada, capacitando sua equipe com o objetivo de aprimorar sua atuação. Assim, diminuirá sequelas, custos e o tempo de internação, além de aumentar a satisfação dos pais em relação aos cuidados dispensados aos seus pequeninos.
PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de enfermagem. Pele. Recém-nascido Prematuro. Enfermagem Neonatal. Unidade de Terapia Intensiva. Oximetro de Pulso.

NURSING CARE OF PREMATURE NEWBORN SKIN, WITH EMPHASIS ON ADVERSE EVENTS RELATED TO THE USE OF THE OXIMETER SENSOR IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT:
The present study arose from the need to know how the care of the skin of preterm infants has been developed in the NICUs. Therefore, the general objective was to identify the

52 Graduanda em enfermagem. Lattes: http://lattes.cnpq.br/3543417350451313. E-mail: sintiaportugal@hotmail.com

scientific evidence available in the literature about nursing care to prevent the occurrence of adverse events through the use of pulse oximeter sensors. Thus, the proposal is to describe the adverse events related to the use of the oximeter sensor in premature neonates, identify the proper care for immature skin and carry out a survey of nursing care in the prevention of skin injuries associated with the oximeter sensor. This is a descriptive-exploratory review with an explanatory approach, the search took place in: Virtual Health Library, SciELO, scientific nursing journals, pediatric surgery journals, anesthesia journals, book and ebook containing information on work methodology science and skin care for newborns over the last 40 years. The prolonged use of adhesives and medical devices can increase the risk of skin lesions, since these newborns are more susceptible due to skin immaturity, thus increasing the length of stay in the NICU. Faced with adverse events related to the use of the oximeter sensor, nurses must implement quality care through training and continuing education, enabling their team with the aim of improving their performance. Thus, it will reduce sequelae, costs and length of stay, in addition to increasing parents' satisfaction with the care provided to their little ones.
KEYWORDS: Nursing care. Skin. Premature Newborn. Neonatal Nursing. Intensive care unit. Pulse oximeter.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos a atenção ao recém-nascido prematuro (RNPT) vem passando por mudanças no cenário mundial, decorrente da implantação de novas tecnologias que favorecem a qualidade de vida desse neonato. A dedicação dispensada a esses neonatos tem grande influência nos resultados da assistência, pois acarreta melhorias em seu desenvolvimento, tendo como consequência um aumento da chance de sobrevida e uma melhor expectativa para a família (FEITOSA *et al*., 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define recém-nascido pré-termo como aquele com idade gestacional inferior a 37 semanas completas. A prematuridade constitui um problema de saúde pública, sendo que suas complicações representam a principal causa de mortalidade neonatal (até 28 dias após o nascimento) e infantil (crianças com até cinco anos) no mundo. Outros desafios globais, considerando as principais causas de óbito nestas faixas etárias, são o controle de infecções e as complicações intra-parto (AREDES,2017).

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Ainda vale registrar que a Escala de Apgar refere-se a um dos protocolos importantes da avaliação do RN. Através de um escore, essa escala avalia, no 1º e no 5º minuto de vida, cinco sinais clínicos gerais: esforço respiratório, frequência cardíaca, tônus muscular, irritabilidade e cor, sendo que, se o neonato apresentar, minimamente, um Score menor que 7 no primeiro e no quinto minuto, ele deve ser encaminhado pelos profissionais a fim de avaliar sua sobrevida. De acordo com os resultados dessas avaliações, esse RN pode apresentar complicações clínicas que devem ser acompanhadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (ROCHA, 2016).

A UTIN oferece tecnologias que promovem a sobrevivência de muitos neonatos prematuros e é um ambiente de grande relevância para a preservação da integridade da pele devido o alto risco de infecção. Aproximadamente 80% dos neonatos prematuros desenvolvem alguma lesão na pele até o primeiro mês de vida e cerca de 25% dos pré-termos e de baixo peso, desenvolvem pelo menos um caso de sepse até o 3º dia de vida, sendo a pele a principal porta de entrada (ARAÚJO *et a*l.,2012).

A pele por ser o maior órgão do corpo humano, apresenta também características importantes para a manutenção da vida do RN devido à sua proteção imunológica que ocorre através da regulação do pH da última camada da pele, e auxilia na termorregulação e no controle das perdas transepidérmicas (ISSA,2019). Nesse caso, o presente estudo surgiu do desejo de conhecer como o cuidado com a pele do RNPT tem sido desenvolvido nas UTINs. Para tanto, listou-se como objetivo geral identificar os fundamentos científicos disponíveis na literatura sobre dos cuidados de enfermagem para evitar a ocorrência de eventos adversos pelo uso do sensor de oxímetro de pulso. Assim sendo, esse estudo propõe apresentar os eventos adversos relacionados ao uso do sensor de oxímetro de pulso em neonatos prematuros, apontar os devidos cuidados com a pele imatura e fazer um levantamento dos cuidados de enfermagem na prevenção de lesões cutâneas relacionadas ao sensor de oxímetro de pulso.

Diante de todas as intervenções realizadas ao admitir o RN na UTIN, é imprescindível observar alterações que podem manifestar na pele, averiguando os

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

procedimentos terapêuticos indicados, para não expor os bebês em situações que possam causar lesões desnecessárias (ALVES, 2016). Segundo Carrara *et a*l (2009), em RNPT existe maior risco de lesões de compressão e queimaduras devido a imaturidade e vulnerabilidade da pele, em decorrência de diversos fatores como: contato com substâncias químicas, adesivos, altas temperaturas e compressão provocada por diferentes dispositivos, como o sensor de oxímetro. Portanto, este trabalho justifica-se por tratar de um assunto de constante preocupação dos profissionais de saúde, em relação aos eventos adversos relacionados aos sensores de oxímetro de pulso, em recém-nascidos prematuros (RNPT) internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Somada - se a isso, vale salientar a vivência profissional em UTIN da pesquisadora, a fim de conscientizar a equipe de enfermagem, para que evitem e/ou minimizem esse tipo de ocorrência, o que permitirá aos profissionais atentarem-se aos cuidados com a pele do RNPT, objetivando à práticas de enfermagem mais eficazes.

O estudo trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo descritivo-exploratória, com abordagem explicativa, que procura aprofundar o conhecimento da realidade e da razão justificando os cuidados e condutas (PRODANOV, 2013). A pesquisa bibliográfica foi realizada através do levantamento de referências teóricas já publicadas e analisadas por meio de artigos científicos, livros, páginas de web sites, bibliotecas virtuais e orientações dos fabricantes de aparelhos de oxímetro de pulso, com a finalidade de coletar conhecimentos e informações sobre a problemática visando solucioná-la.A análise foi realizada através da seleção dos artigos durante o período de agosto de 2019 a maio 2020, a partir da leitura criteriosa dos artigos e livros com o tema abordado para a elaboração da pesquisa.Foram utilizados como critério de inclusão artigos publicados em periódicos, nacionais e internacionais nos últimos quarenta anos (1980-2020); que contemplassem o objetivo proposto, em língua portuguesa; e disponível eletronicamente na íntegra. As opções bases de dados foram: Google Acadêmico, SciELO, manuais de fabricantes de oxímetro de pulso, revistas científicas de enfermagem, jornais de cirurgia pediátrica, jornais de anestesia, livro e ebook que contém informações metodologia do trabalho científico e sobre os cuidados com a pele

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

dos neonatos.A coleta de dados foi realizada através de leitura dos artigos nas bases citadas e livros, com os seguintes descritores: Cuidados de enfermagem; Pele; Recém-nascido prematuro; Enfermagem neonatal; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; oxímetro de pulso.

DESENVOLVIMENTO

CARACTERÍSTICAS DA PELE DO NEONATO PREMATURO

A pele é o maior órgão do corpo humano que desempenha várias funções para a sobrevivência do organismo, esse tegumento atinge cerca de 16% do peso corporal, formada pela epiderme, derme e subcutâneo e possui diversas funcionalidades importantes, tais como: termorregulação, defesa contra infecções e toxinas, manutenção da homeostase hidroeletrolítica, secreção endócrina e sensações tátil, térmica, dolorosa e de pressão (FEITOSA *et al.*,2018).

No RNPT a pele é caracterizada por ser muito delicada, fina e frágil, onde as reações fisiológicas e patológicas são muito complexas, portanto, suas alterações não são raras nesse período. Estas características, juntamente com a imaturidade dos sistemas e a utilização de dispositivos médicos, essenciais à sua sobrevivência, aumentam o risco de lesão da pele (TEÓFILO *et al.*, 2019).

Para o RN, a função da pele é imprescindível a sua sobrevivência, e a sua atuação como barreira protetora previne a desidratação e as infecções dificultando a intoxicação e a invasão de microrganismos que se encontram na pele, bloqueando a absorção de produtos tóxicos. O estrato córneo, por ser a camada mais externa, funciona como principal barreira protetora. Essa camada é capaz de criar em sua superfície um manto ácido através da redução do pH, tornando-a ácida e, com isso, evitando a proliferação de microrganismos (ISSA, 2019).

Portanto devido a pele do neonato prematuro ser menos corneificada, ser suave, macia, uniforme, lisa e aveludada suas camadas tem uma espessura diminuída com

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

retificação da epiderme, ele terá como resposta, menor aderência intercelular, uma prematuridade dos anexos cutâneos, um déficit na regulação térmica, debilidade da lubrificação cutânea, maior sensibilidade a substâncias químicas e maior permeabilidade sendo responsáveis pelos aparecimentos das erosões como resposta aos mínimos traumas (MOREIRA, 2006).

Devido às fragilidades anatômicas e fisiológicas da pele do neonato, que o leva a desenvolver lesões de pele, mantê-la íntegra é algo imprescindível, uma vez que mantém a função de proteção e diminui o risco de infecções resultantes da hospitalização. Os danos provocados por soluções de continuidade podem proporcionar risco para o RNPT, uma vez que são uma porta de entrada para infecções, causando dor, incômodo e dificultando o tratamento (OLIVEIRA SM *et al.*, 2014).

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM A PELE DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

O cuidado com o RN, sendo ele prematuro ou não, começa a partir do momento que entramos em uma UTIN, com a retirada de todos os adornos e a lavagem correta das mãos ao qual sabemos que a principal medida para a redução de infecções hospitalares. A lavagem das mãos com produto degermante, visa a remover bactérias antes da entrada na unidade e antes da realização de qualquer técnica ou procedimento invasivo (Moreira, 2004).

No contexto sobre cuidados com a pele, a Escala de Braden é amplamente aplicada em pacientes adultos para a avaliação das Úlceras de pressão. Em relação aos cuidados com a pele do RN, a diretriz de cuidados com a pele da Association of Women's Health Obstetricand Neonatal Nurse (AWHONN) apresenta três diferentes ferramentas elaboradas para a avaliação da integridade da pele: Neonatal Skin Condition Score (NSCS), usada na população neonatal; outro instrumento é a Braden Q, utilizadas em pacientes pediátricos; e a Starkid Skin Scale (SSS) utilizada para avaliação de úlcera de pressão em pediatria (SCHAEFER, 2014).

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Ainda segundo Schaefer (2014), em 2012 a NSCS passou por adaptações transculturais para o português falado no Brasil, assim sua com a validação clínica foi denominada de Escala de Condição da Pele do Recém-nascido (ECPRN).

A ECPRN é um instrumento de fácil entendimento, que pode ser colocada na prática assistencial diária do enfermeiro em UTIN, contribuindo para avaliações e intervenções mais precisas para a manutenção da integridade da pele do RN. Essa escala, relaciona o risco de perda da integridade da pele no RN, sendo um instrumento efetivo na contribuição para a qualidade de assistência ao neonato. Além disso, ela é a única escala que existe para ser aplicada com RN's (PEREIRA, 2019).

Cuidar da pele do recém-nascido prematuro, tem sido desafiador para a enfermagem no que se refere à manutenção de sua integridade. Este cuidado requer uma reflexão sobre como as ações de enfermagem podem contribuir para o surgimento de lesões que contribui para complicações clínicas ao prematuro, como o aumento do tempo de internação, procedimentos considerados dolorosos e da utilização de toda tecnologia disponível, cabendo ao Enfermeiro neonatal a sistematização da assistência para reduzir o aparecimento dessas lesões e o gerenciamento destes cuidados (MOREIRA, 2006).

O zelo com a pele dos prematuros nas UTIN envolve: manter da temperatura adequada, prevenindo a exposição desnecessária e uso de incubadoras (com controle de umidade); banho; uso de óleos emolientes e outros produtos aplicados sobre a pele; aplicação de soluções para antissepsia e curativos. Cabe ressaltar que é frequente a realização de procedimentos invasivos que podem causar ruptura da pele como punções venosas ou arteriais, e fixação ou remoção de adesivos, o que requer reflexão sobre os produtos aplicados e a minimização de danos (AREDES, 2017).

Os procedimentos citados, por diversas vezes, causam lesões que podem ameaçar a vida do RNPT, uma vez que podem tornar-se portas de entrada para microrganismos patogênicos, podendo provocar infecções e morte. Lesões cutâneas não são fáceis de lidar, uma vez que exigem cuidados especiais, tomada de decisão rápida,

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

intervenção eficaz e atitude precisa por parte dos cuidadores (OLIVEIRA SM *et al.*, 2014).

Neste pensar, é imprescindível a atenção da equipe de enfermagem aos cuidados com a integridade da pele do recém-nascido, pois esta representa uma importante barreira contra infecção e a perda de água. Além de indicar problemas que pode haver durante a internação, modificando seu grau de turgor, coloração, temperatura e integridade, de acordo com a debilidade física da criança, podendo minimizar o risco de ocorrências iatrogênicas decorrentes da assistência (ARAUJO *et al.*,2012).

Para executar os cuidados com o RN internado em UTIN é fundamental o conhecimento sobre características anatômicas e fisiológicas da pele, pois, de acordo com a idade gestacional, esse tegumento pode apresentar características diferentes. Para melhor efetividade dessa assistência, é importante também que a equipe assistencial estabeleça consensos de práticas, a fim de padronizar os cuidados e técnicas para todos os profissionais que os atendem (ISSA, 2019).

Estudos mostram a indispensabilidade do rodízio de sensores com maior frequência para evitar prejuízos à pele e queimaduras, assim como o uso de micropore sob a pele do recém-nascido a termo, nos locais onde são instalados os sensores. Em curativos de cateteres ou mesmo cirúrgicos são utilizados filme adesivo transparente ou hidrocolóide, a fim de reduzir a frequência das trocas, uma vez que esses permitem acompanhar a evolução do sítio facilmente (ARAÚJO *et al.*,2012).

Averígua-se, assim, que os profissionais fazem uso de métodos para preservar a integridade cutânea ou mesmo evitar uma possível ruptura, e o uso de curativos protetores de pele à base de hidrocolóide, poliuretano, silicone, entre outros, pode ser poções tanto para proteger a pele de pressões causadas pelo uso de dispositivos, como para prevenir lesões por remoção de adesivos (CHAVES *et al.*, 2019).

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

FATORES DE RISCO RELACIONADOS À INTEGRIDADE DA PELE DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

A prematuridade constitui um fator de risco, estabelecendo uma relação inversamente proporcional com a idade gestacional ao nascimento, ou seja, quanto menor, maior a imaturidade, mais frágil é a pele, maiores são os riscos de lesões, o que levará a um período de internação estendido, até que atinja o peso adequado, e isto pode envolver uso de equipamentos e dispositivos passíveis de provocar lesões de cutâneas (FEITOSA *et al.*, 2018).

A falta de integridade da pele permite a entrada de microrganismos presentes na epiderme, podendo evoluir para uma infecção sistêmica. Logo, para poder realizar uma assistência de enfermagem que previna o aparecimento de lesões decorrentes dos cuidados rotineiros, e assim minimizar suas consequências deve-se identificar os fatores agressivos à pele. O uso de adesivos, micropore, sensores, eletrodos, terapia endovenosa entre outros fatores podem provocar lesões cutâneas e causar infecções em neonatos internados em UTIN, sendo eles prematuros ou a termo (ARAÚJO *et al.*, 2012).

As injúrias mais frequentes são as úlceras de compressão em locais de proeminências ósseas, bem como eritemas e ressecamento da pele. Eritemas são colorações avermelhadas ocasionadas pelo congestionamento da pele. As úlceras de pressão são lesões devido a algum tipo de pressão, causando a diminuição do fluxo sanguíneo e a irritação da pele. Já o ressecamento e a descamação são ocasionados pelo desgaste da pele e perda da umidade, devido ao banho e à temperatura aquecida na qual os RNPTs são mantidos (OLIVEIRA SM *et al.*, 2014).

CERAN, TANER *et al.*, publicaram no Jornal de Cirurgia Pediátrica (Turquia), em 2012 que:

> "A oximetria de pulso é um procedimento não invasivo padrão para monitorar a saturação de oxigênio arterial. Lesões nos dedos, queimaduras químicas ou térmicas, bronzeamento, erosão por pressão, perda sensorial e gangrena, foram relacionadas ao uso de oxímetro de pulso. Os mecanismos dessas complicações foram devidamente explicados: isquemia por pressão, uso prolongado, superaquecimento

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

> e uso inadequado do sensor e curto-circuito são considerados os principais fatores de risco".

A população pediátrica é mais predisposta a tais lesões porque a área de contato do sensor é relativamente menor, embora a tensão elétrica e a temperatura sejam as mesmas. Ademais, os fatores anatômicos e fisiológicos característicos das crianças as tornam mais vulneráveis à passagem de corrente elétrica e calor, que podem ser causados por sensores de oxímetro de pulso. Pele mais fina, menor teor de gordura e maior teor de água geralmente leva a profundos e extensos danos teciduais na população pediátrica (CERAN, TANER *et al.*, 2012).

Os autores ainda mencionam que, o uso prolongado do sensor e a pressão excessiva também são fatores que podem causar danos cutâneos. Geralmente, uma lesão é agravada pela isquemia por pressão adicional. Logo, os fatores que levam a lesão ou agravamento de uma já existente, assim como vermelhidão, bolhas, extensão e profundidade das lesões devem ser observadas, anotadas e notificadas. Os principais objetivos são manter a circulação, promovendo um ambiente de cicatrização, prevenindo infecções e preservando a função da área afetada (CERAN, TANER *et al.*, 2012).

Ao detectar uma lesão, é fundamental classificá-la e descrevê-la de forma precisa. Por essa razão, o profissional deve estar atento a todo e qualquer tipo de lesão, por menor que seja, atentando-se também para a realização dos registros, que são de suma importância para o acompanhamento do RNPT (OLIVEIRA SM *et al.*, 2014).

Por fim, as alterações fisiológicas e os fatores externos são também fatores de risco para comprometimento da integridade da pele do RNPT, pois a adaptação ao meio extrauterino é necessária à sobrevivência (FEITOSA *et al.*, 2018).

CONHECENDO A OXIMETRIA

A oximetria de pulso fornece informações de interesse clínico sobre a saturação de oxigênio carreado por hemoglobinas presentes no sangue arterial, o que possibilita a análise da amplitude e a frequência do pulso tanto na fase de repouso como na fase de

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

atividade. O princípio de funcionamento do oxímetro baseia-se na diferença entre a hemoglobina não oxigenada (Hb) e a hemoglobina oxigenada (HbO2) já que apresentam diferentes espectros de absorção de luz (ROCHA, 2016).

Desenvolvido pela primeira vez, em 1972 no Japão, pelos bioengenheiros Takuo Aoyagi e MichioKishi. O oxímetro de pulso é um dispositivo usado de modo não invasivo, para verificar a saturação de oxigênio no sangue. A primeira empresa a comercializar este aparelho foi a Biox, em 1975. A finalidade desse dispositivo, é medir a taxa de pulso e a saturação de oxigênio no sangue arterial. É um dos equipamentos mais comuns e muito utilizado no mundo da medicina (SEVERINGHAUS JW, 2007).

Segundo o Departamento de Pediatria e Saúde infantil do Hospital de Santa Maria (Portsmouth, Inglaterra), em 1979, um bebê prematuro sofreu duas queimaduras, ocasionadas pelo superaquecimento do sensor de oxímetro, naquela época a temperatura do dispositivo era controlada por alarmes que desligaram o aparelho quando ocorria o aumento da temperatura, nesse caso, o alarme não disparou, o oxímetro não desligou e não foi possível observar o superaquecimento do sensor, e por isso as queimaduras acontecem tão rapidamente (HARDMAN, 1980).

Ainda de acordo com o Hospital de Santa Maria (Portsmouth, Inglaterra), o Departamento de Pediatria e Saúde Infantil, sugeriu que melhorias fossem adaptadas em relação aos alarmes, uma vez que, esses dispositivos eram de grande importância para o monitoramento contínuo dos bebês, porém, seria lamentável se o seu uso em unidades de cuidados intensivos fosse comprometido por falhas (HARDMAN, 1980).

Recentemente um estudo piloto realizado por uma equipe interdisciplinar de cientistas de materiais, dermatologistas, pediatras e estudantes afiliados à Universidade do Noroeste (Chicago, EUA), apresentou uma nova tecnologia não invasiva e sem fio, que não apenas oferece equivalências de medições aos padrões clínicos existentes para a frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e oxigenação do sangue, mas também fornece uma variedade de recursos adicionais importantes, com suporte de dados em UTIN quanto em UTIP. Esse novo modelo de oxímetro tem como objetivo

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

rastrear movimentos e orientação corporal, quantificar os benefícios fisiológicos do cuidado com a pele, capturar assinaturas acústicas das atividades cardíacas, registrar biomarcadores vocais associados à tonalidade e as características temporais do choro e monitorar de forma confiável a pressão arterial sistólica. Outro objetivo desse dispositivo é melhorar substancialmente a qualidade dos cuidados intensivos neonatais e pediátricos (CHUNG, HU, RWEI, AY, HOURLIER-FARGETTE, A. *et al.*, 2020).

Ultrafinos e macios, os sensores flexíveis não têm pilhas e são alimentados por uma antena fixada sob o colchão do bebê. Os sensores aderem delicadamente a pele do bebê, de acordo com o tamanho e formas anatômicas, recolhendo e transmitindo continuamente seus sinais vitais para um tablet, onde os dados podem ser acompanhados e registrados por enfermeiros e outros membros da equipe. De acordo com a discussão do trabalho mencionado, essa nova modalidade de oxímetro de pulso ainda é um estudo piloto e ainda não foram aprovados pela agência Foodand Drug Administration dos EUA, embora seus idealizadores acreditam que esse dispositivo possa melhorar a qualidade e a amplitude das informações sobre os neonatos disponíveis para médicos, enfermeiros e pais (CHUNG,HU, RWEI, AY, HOURLIER-FARGETTE, A. *et al.*, 2020).

O USO ADEQUADO DO OXÍMETRO DE PULSO

A monitorização do RN é uma das atividades que exigem do enfermeiro maior atenção por incluir parâmetros dos sinais vitais, por exemplo: Um dos dispositivos mais usados na rotina é o oxímetro de pulso responsável por fornecer informações relevantes sobre a saturação de oxigênio do RN em estado de atividade ou repouso, porém, o uso inadequado dessa tecnologia, pode gerar eventos adversos para o paciente (ROCHA, 2016).

Em recém-nascidos e prematuros cuja imaturidade pulmonar acarreta uma capacidade restrita de desintoxicação de O2, o uso de oxigênio suplementar deve ser monitorado de forma ininterrupta e não invasiva. Um grande risco desse método está

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

relacionado ao sensor de eletrodo aquecido, que pode provocar queimaduras na pele. Em pediatria e neonatologia, é amplamente utilizado em qualquer oxigenoterapia ou ventilação assistida. O monitoramento não invasivo e contínuo da oxigenoterapia por um dispositivo fácil de usar, torna a SpO2 o "quinto sinal vital pediátrico" (RAZAFIMAHEFA, 2005).

Segundo Carrara *et a*l (2009), deve-se realizar um rodízio rigoroso dos locais de instalação dos sensores. A constância troca dos locais de instalação acontece de acordo com as condições clínicas de cada paciente. Em recém-nascidos prematuros existe uma enorme possibilidade de ocorrer lesões por compressão e queimaduras por causa da imaturidade e sensibilidade da pele, por causa de diversos fatores como: contato com substâncias químicas, adesivos, exposição a temperaturas elevadas e compressões provocadas por variados dispositivos, como o sensor de oxímetro.

Os sensores usados de forma correta não devem causar queimaduras, porém os que são reutilizados devem ter seu tempo de uso controlado para a prevenção de danos ao usuário, em caso de excesso de calor emitido pelo dispositivo deve-se realizar notificação e o acompanhamento do paciente para identificar a ocorrência ou não do comprometimento do paciente. Os sensores pediátricos devem ser utilizados com materiais delicados, concedidos pelo fabricante, também não se deve utilizar fitas adesivas diretamente sobre a pele e o sensor, a fim de prevenir lesões de pele e quebra dos sensores (CARRARA *et a*l., 2009).

PAPEL DO ENFERMEIRO NA UTI NEONATAL DIANTE A PRESENÇAS DE LESÕES RELACIONADAS AO USO DO SENSOR DE OXÍMETRO

É papel do enfermeiro, objetivando a melhora da qualidade assistencial, identificar os riscos para o desenvolvimento de lesões por pressão e elaborar e/ou utilizar instrumentos para a mensuração desses riscos. Desse modo, é possível ofertar uma melhor qualidade de cuidados na hospitalização do neonato, reduzindo seu tempo de

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

internação e o risco de infecção contribuindo para a diminuição das taxas de mortalidade (ISSA, 2019).

O exame físico tem por finalidade avaliar o estado de saúde, identificar algum problema e estabelecer uma base de dados para intervenção de enfermagem. Muitas alterações cutâneas podem ser detectadas pelo enfermeiro durante a realização de procedimentos, sendo importante saber detectá-las precocemente, agindo no seu tratamento (OLIVEIRA SM *et al*., 2014).

A equipe de Enfermagem são os profissionais que manejam o neonato internado na UTIN com maior frequência, e por isso é de suma importância ter cuidados precisos quanto a troca de fraldas, o uso de adesivos, rodízio de sensor de oxímetro para evitar queimaduras, mudança de decúbito sempre que necessário procedimentos invasivos, além dos cuidados específicos com a pele do RNPT, que é imatura, fina, extremamente sensível e de fácil absorção. O enfermeiro deve buscar em sua prática profissional a excelência no cuidado e qualidade na assistência, mantendo o compromisso de que foi imbuído (FEITOSA *et al*., 2018).

Cabe ao enfermeiro indicar um protocolo de manuseio do RNPT, validar o cuidado diário e periódico e intervir sempre que necessário. Por isso, um instrumento para avaliar diariamente a pele torna-se importante, promovendo uma evolução descritiva deste tegumento e permitindo o diagnóstico de qualquer alteração nesta barreira e suas consequências. A existência de um protocolo possibilita diagnosticar medidas profiláticas e de comprometimento cutâneo, como riscos de ruptura da pele, substâncias tópicas capaz de causar alterações neste tegumento, indicando o caminho que a equipe deve seguir ao assistir o recém-nascido no que tange à sua pele (OLIVEIRA SM *et al*., 2014).

Nesse contexto, vale evidenciar a importância da notificação uma vez que esta gera informações sobre o que está acontecendo com o RN, não só para a instituição, mas também para que os profissionais do setor, fiquem mais atentos para os prováveis erros

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

que podem acontecer, com o objetivo de minimizar possíveis eventos futuros e assim, garantir uma assistência de qualidade (ROCHA, 2016).

Diante aos eventos adversos e a segurança do paciente, ROCHA (2016) pode notar a necessidade de trabalhar nos cursos, a relação das ações do enfermeiro e o gerenciamento da segurança do paciente, ou seja, como esse profissional deve pensar, se portar e refletir em relação à assistência e os eventos inesperados que ocorrem durante sua atuação, pensando nisso elaborou um perfil de competências profissionais do enfermeiro no gerenciamento dos eventos adversos não só relacionados ao uso do sensor de oxímetro como na UTIN, como de modo geral.

Ao elaborar o perfil Rocha (2016), elegeu como competências profissionais: o saber agir, o comunicar, mobilizar recursos, o aprender, saber comprometer-se, saber assumir responsabilidades e ter visão estratégica, além de definir cada uma em sua esfera de significado. Desta forma, a competência de saber comprometer-se e saber assumir responsabilidades, envolvem além da iniciativa e interesse, a busca de alternativas para resolução de problemas, participação ativa e contribuição para o desenvolvimento das atividades em equipe, sendo necessário mobilizar recursos e prover condições operacionais viáveis com a finalidade de desenvolver uma ótima competência em serviço.

Contudo, para implementar uma assistência de qualidade, é necessário que haja elaboração de protocolos sobre cuidados com a pele do neonato, próprios da unidade, com consequente operacionalização de educação continuada dos profissionais. Em conjunto, deve ser realizada a capacitação da equipe, com o objetivo de aprimorar sua atuação. Dessa forma, será aumentada a satisfação dos pacientes, diminuindo sequelas, custos e tempo de internação, além de melhorar a assistência de enfermagem na mesma velocidade dos avanços tecnológicos neonatais (ARAÚJO *et al*.,2012).

CONCLUSÃO

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

A pele do neonato prematuro é caracterizada por sua delicadeza e fragilidade, portanto alterações nesse período são comuns, por isso merece atenção especial da equipe de enfermagem, uma vez que, manter a integridade desse órgão é imprescindível para sua sobrevivência.

No que se refere aos cuidados com a pele do RNPT, o uso prolongado de adesivos e dispositivos médicos como cpap nasal, sensor de oxímetro de pulso entre outros, podem maximizar o risco de lesões cutâneas, visto que, esses neonatos são mais predispostos devido a imaturidade da pele, o que favorece o surgimento de infecções e o aumento do tempo internação na UTIN.

De acordo com o estudo feito sobre a oximetria, o oxímetro de pulso e seus sensores, observei que esse tipo de dispositivo é imprescindível para o monitoramento do neonato prematuro, porém, lesões como vermelhidão, queimaduras e até gangrena podem aparecer nos diversos locais de aplicação do sensor, devido não somente pela fragilidade da pele como também ao mau uso desse aparelho, portanto é extremamente necessário fazer o rodízio rigoroso dos locais de instalação.

Foi observado também que os sensores, devem ser selecionados conforme o peso e tamanho do paciente, o sensor deve estar coberto com um material opaco, para que a luz ambiente não interfira em sua leitura, uma vez que luzes externas de alta intensidade direcionada ao sensor podem impedir uma leitura fidedigna dos sinais vitais. O intervalo de rodízio deve ser feito rigorosamente de hora em hora, de acordo com cada paciente ou conforme o critério médico ou profissional responsável no momento da monitorização e que o mau uso desse dispositivo pode contribuir para o surgimento de lesões irreversíveis.

Grandes expectativas estão sendo criadas em torno de um projeto piloto que está sendo desenvolvido em Chicago – EUA, Trata-se de um novo modelo de sensor de oxímetro, uma nova tecnologia não invasiva, sem fio que, não apenas oferece equivalências de medições dos padrões clínicos já existentes, mas também fornece uma variedade de recursos indispensáveis além de não agredir a pele do RN. Embora ainda

seja um estudo piloto, seus idealizadores acreditam que esse novo modelo de dispositivo possa melhorar a qualidade e a amplitude das informações disponíveis sobre os neonatos.

Dessa forma, diante a análise concluo que o enfermeiro exerce um papel muito importante dentro da UTIN, não sendo somente um conhecedor profundo dos cuidados com o RN, como deve ser um líder junto a sua equipe, uma vez que, eventos adversos relacionados ao uso do sensor de oxímetro nem sempre acontece devido ao despreparo e a falta conhecimento técnico da equipe e sim pela imaturidade cutânea, pois quanto menor a maturidade, maior é a vulnerabilidade da pele, sendo assim o enfermeiro deve ser ágil e saber tomar decisões rápidas para o tratamento adequado dessas injúrias e implementar uma assistência de qualidade através de treinamentos e educação continuada, capacitando sua equipe com o objetivo de aprimorar sua atuação. Dessa forma, diminuirá as sequelas, os custos e o tempo de internação, além de aumentar a satisfação dos pais em relação aos cuidados como um todo dispensados aos seus pequeninos.

As informações geradas nesse estudo podem motivar os profissionais da saúde a ir mais além, na busca de conhecimentos científicos em relação às lesões relacionadas ao uso do sensor de oxímetro de pulso, com vista a proporcionar uma assistência de enfermagem mais aprofundada e direcionada a prevenir esses tipos de injúrias.

REFERÊNCIAS

1. ALVES M.S.I. - O cuidado diferenciado da enfermagem com a pele do neonato na unidade de terapia intensiva - Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde | Salvador, v. 3, n. 3, p. 92-100, jan./jun. 2016. Disponível em: https://scholar.google.com.br. Acessado em: 09/08/2019.

2. ARAUJO BBM, ESTEVES SX, CARDOSO ES *et al*.- A enfermagem e os (des) cuidados com a pele do prematuro-Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, vol. 4, núm. 3, julio-septiembre, 2012, pp. 2679-2691. Disponível em: https://www.redalyc.org. Acessado em 09/08/2019.

3. AREDES NDA, SANTOS RCA, FONSECA LMM. Cuidados com a pele do recém-nascido prematuro: revisão integrativa.Rev. Eletr. Enf. 2017 Disponível em:

http://doi.org/10.5216/ree.v19.43331. Disponível em: https://doi.org/10.5216/ree.v19.43331. Acesso em 07 nov. 2019.

4. CARRARA D, AVELAR MFA, KUSAHARA MD et al. Artigo de atualização. Câmara Tecnica do Coren-SP, gestão 2008-2011. Oximetria de pulso arterial – Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br-oximetria22-12-2009.

5. CERAN C, TANER OF, TEKIN F, TEZCAN S, TEKIN O, & CIVELEK B. (2012). Manejo de lesões de dedo induzidas por sonda de oxímetro de pulso em crianças: relato de dois casos consecutivos e revisão da literatura. JournalofPediatricSurgery, 47 (11), e27 – e29. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2012.06.033. Acessado em: 06/03/2020.

6. CHAVES ACF, SANTOS AP, ATAIDE KMN et al. Cuidado e manutenção da integridade da pele do neonato prematuro -Revenferm UFPE online., Recife, 13(2):378-84, fev., 2019. Disponível em: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i02a237974p378-377-2019.

7. CHUNG HU, RWEI AY, HOURLIER-FARGETTE A. et al. Biossensores com interface com a pele para monitoramento fisiológico sem fio avançado em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica. Nat Med 26, 418-429 (2020). https://doi.org/10.1038/s41591-020-0792-9. Acessado em 20 de março de 2020.

8. FEITOSA et al. Cuidados de enfermagem na prevenção de lesões de pele em recém-nascidos prematuros: revisão integrativa. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR. Vol.22, n.1, pp.100-106 (Mar – Mai 2018. http://www.mastereditora.com.br/bjscr. Acessado em: 02/09/2019.

9. HARDMAN MJ, BAMFORD M. Perigo associado ao oxímetro transcutâneo. Lancet (Londres, Inglaterra). Fevereiro de 1980; 1 (8164): 370. Disponível em: https://doi.org/10.1016/s0140-6736(80)90919-8. Acessado em: 02/10/2019.

10.ISSA SanahPohlmam - Construção e validação de escala de avaliação de risco de lesão de pele em neonatos hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Disponível em: http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/9009. Acessado em: 24/03/2020

11.MOREIRA JP e GAIA JT - Intervenção da enfermagem nos cuidados das lesões cutâneas do recém nascido em unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica - www.ibrati.org › › › tese_498 28. Disponível em: https://scholar.google.com.br.

12.MOREIRA MEL., LOPES JMA and CARALHO M., orgs. O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 564 p. ISBN 85-7541-054-7. Cap. 3, p.68 e 69. Diponível em: https://static.scielo.org. Acessado em: 03/05/2020.

13.OLIVEIRA SM de, SILVEIRA LV, BAUCKE AM et al - Lesões de pele no recém-nascido pré-termo: Vivência da equipe de Enfermagem - Revenferm UFPE online.,

Recife, 8(4):960-5, abr., 2014 – https://doi.org/10.5205/reuol.5829-50065-1-ED-1.0804201422. Acessado em:15/03/2020.

14.PEREIRA JB, SOUSA JT; SANTOS, OLIVEIRA WL. Incidência de lesões cutâneas em neonatos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de referência. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Centro Universitário do Estado do Pará, Belém, 2019. Disponivél em: http://repositorio.cesupa.br:8080/jspui/handle/prefix/123. Acessado em 02/05/2020.

15.PRODANOV, Cleber Cristiano. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico / Cleber Cristiano Prodanov, Ernani Cesar de Freitas. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013, p. 51-53. Ebook disponível em: http://www.feevale.br.

16.RAZAFIMAHEFA, H P. Gatel - Oxigenoterapia no recém-nascido: aspectos práticos - Oxigenoterapia neonatal: equipamento de monitoramento não invasivo - Revista de Ginecologia e Obstetrícia e Biologia da Reprodução, 34, v. SUP1 - fevereiro de 2005, pp 42-46. https://doi.org/10.1016/S0368-2315(05)82686-9. Acessado em: 18/04/2020.

17.ROCHA, RM. Competências profissionais do enfermeiro no gerenciamento dos eventos adversos UTI neonatal. 2016. 142 f. Dissertação (Mestrado Ciências do Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, 2016. Disponível em: https://app.uff.br/riuff/handle/1/2504. Acessado em 04/04/2020.

18.SCHAEFER, Tania Inez Mariga. Avaliação das condições de pele do recém-nascido em terapia intensiva neonatal. 2014. 78 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2014. Disponível em: http://repositorio.ufsm.br/handle/1/7425. Acessado em: 02/05/2020.

19.SEVERINGHAUS John, MD - Takuo Aoyagi: Descoberta da oximetria de pulso - Anestesia e Analgesia: dezembro de 2007 - volume 105 - edição 6 - p S1-S4. Disponível em: http://doi:10.1213 01.ane.0000269514.31660.09. Artigo especial: Artigo especial.

20.TEÓFILO, F. K. S.; SILVA, A. V. S. E; LIMA, K. J.; DANTAS, A. P. F.; SILVA, V. A. Lesões de pele em recém-nascido: revisão integrativa. Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 86, n. 24, 9 mar. 2019. Disponível em: https://scholar.google.com.br. Acessado em 04/04/2020.

CAPÍTULO XI

DESAFIO DAS GESTANTES NO CONTEXTO DA COVID-19: GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO

Ana Carolina Dalsecco Alves[53]; Ana Laura Pimenta Pelucio[54];
Ingridy Maria Diniz Melo Azevedo[55]; Khatty Johanny Humbelina Avellán Neves[56];
Laura Bragança Rabelo de Sousa[57]; Manuela Pittella de Mattos[58].
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-11

RESUMO:
Métodos: realizou-se uma revisão bibliográfica nas bases de dados "PubMed", "Scielo" e "Up to Date". Utilizamos os descritores: "COVID-19", "psychological complications", "pregnancy", "puerperium". Foram selecionados artigos publicados em periódicos revisados por pares, do ano de janeiro de 2020 a abril de 2021, nos idiomas português e inglês. Além disso, foi utilizado o site da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) como fonte de pesquisa. Objetivo: Este estudo visa fazer uma análise dos principais estudos publicados na literatura desde o início da pandemia com o intuito de realizar uma revisão bibliográfica acerca dos desafios enfrentados pelas gestantes neste cenário atual. Resultados: A pandemia do novo coronavírus (COVID-19) é um problema de saúde pública em todo o mundo desde o ano de 2020. A maior preocupação em relação à doença, além do acometimento pulmonar, são diversos sintomas extrapulmonares que têm sido apresentados pelos pacientes infectados. O impacto do isolamento social, juntamente com as preocupações sobre o risco de infecção e suas consequências econômicas, estão causando um efeito sobre a saúde mental da população, o que gera um aumento da ansiedade e depressão. Conclusão: As gestantes foram classificadas, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como grupo de risco devido à alta morbimortalidade nesse período e diversos estudos apontam como o principal grupo acometido pelos danos psicossociais. A gravidez e o período pós parto são momentos suscetíveis ao início ou ainda gatilho de

53 Graduanda em Medicina pela Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), Vespasiano, MG, Brasil. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3424-9608. Lattes: http://lattes.cnpq.br/214426172851447. E-mail: anacarolinad.alves@gmail.com.
54 Graduanda em Medicina pela Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), Vespasiano, MG, Brasil. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-9466-4224. E-mail: analaurapimentapelucio01@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1086359078241608.
55 Graduanda em Medicina pela Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), Vespasiano, MG, Brasil. E-mail: ingridymdiniz@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/3821264069953349. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-1079-2032.
56 Mestre em Saúde da Mulher e Professora de ginecologia da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), Vespasiano, MG, Brasil. E-mail: kattyjohanny@gmail.com . Lattes: http://lattes.cnpq.br/0455098963714443
57 Graduanda em Medicina pela Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), Vespasiano, MG, Brasil. E-mail: laubrabelo@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9795167523557696. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-4789-8703.
58 Graduanda em Medicina pela Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), Vespasiano, MG, Brasil. E-mail: manupmattos@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9640905532151563. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-0080-7392.

crises dos transtornos mentais, fazendo-se necessário uma reflexão sobre a gestação em tempos de pandemia.
PALAVRAS-CHAVE: Depressão pós-parto. COVID-19. Puerpério. Ansiedade. Gestante.

CHALLENGE OF PREGNANT WOMEN IN THE CONTEXT OF COVID-19: PREGNANCY, CHILDBIRTH AND THE PUERPERIUM

ABSTRACT:
Methods: A literature review was conducted in the "PubMed", "Scielo" and "Up to Date" databases. We used the descriptors: "COVID-19", "psychological complications", "pregnancy", "puerperium". We selected articles published in peer-reviewed journals from the year January 2020 to April 2021, in the Portuguese and English languages. In addition, the website of the Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Associations (Febrasgo) was used as a source of research. Objective: This study aims to make an analysis of the main studies published in the literature since the beginning of the pandemic in order to perform a literature review about the challenges faced by pregnant women in this current scenario. Results: The pandemic of the new coronavirus (COVID-19) has been a public health problem worldwide since the year 2020. The major concern regarding the disease, besides the pulmonary involvement, are several extrapulmonary symptoms that have been presented by infected patients. The impact of social isolation, along with concerns about the risk of infection and its economic consequences, are having an effect on the mental health of the population, leading to increased anxiety and depression. Conclusion: Pregnant women have been classified by the World Health Organization (WHO) as a risk group due to the high morbidity and mortality during this period, and several studies indicate that they are the main group affected by psychosocial damage. Pregnancy and the postpartum period are moments susceptible to the onset or even trigger of crises of mental disorders, making it necessary to reflect on pregnancy in times of pandemic.
KEYWORDS: Postpartum pression. COVID-19. Puerperiam. Anxiety. Pregnancy.

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, na China, houve um surto de gripe que se espalhou rapidamente por todo país, sendo posteriormente descoberto se tratar de uma nova cepa de coronavírus, o SARS-CoV-2, que até então não tinha sido identificado em seres humanos. A doença ficou conhecida como COVID-19, uma síndrome respiratória aguda grave de acometimento variável. A doença foi considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como pandemia em 11 de março de 2020, com

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

mais de 125 milhões de infectados no planeta (OPAS, 2020). Além disso, as gestantes foram classificadas como grupo de risco devido à alta morbimortalidade neste período, pela OMS.

Em razão do alto grau de disseminação do vírus da COVID-19, estratégias preventivas e de segurança foram impostas, visando reduzir a possibilidade de contágio entre as pessoas. No entanto, essas medidas de isolamento, apresentaram repercussões psicossociais graves a vários grupos da população, dentre eles as gestantes. Grupo que já enfrenta mudanças fisiológicas e psicológicas durante a gestação. Com isso, o distanciamento social e a constante preocupação e medo de contaminação, dela e de seus familiares, potencializou sintomas como ansiedade e depressão neste grupo.

O acompanhamento durante toda a gestação é de fundamental importância para a saúde da puérpera e do recém-nascido. Alterações emocionais, da mãe, podem desencadear uma série de complicações para o recém-nascido chegando a comprometer seu desenvolvimento. Devido ao contexto pandêmico o aumento de gestantes e puérperas com quadros de depressão pós-parto (DPP) e ansiedade aumentaram significativamente (ZANARDO et al, 2020). Diante disso, se faz necessário refletir sobre o estar gestante em tempos de pandemia da COVID-19 e a importância do cuidado profissional, a fim de superar os inúmeros desafios que permeiam esse contexto (ESTRELA et al, 2020) de modo a assegurar a saúde da mãe e do feto. Com isso, se faz necessário o estabelecimento de diretrizes que auxiliem os profissionais de saúde na condução da gestação no contexto da pandemia do COVID-19.

Dessa forma, este presente artigo tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica para apresentar os desafios enfrentados pelas gestantes no atual cenário da pandemia pela COVID-19.

DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Para a estruturação deste trabalho, realizou-se uma revisão bibliográfica nas bases de dados "PubMed", "Scielo" e "Up to Date". Utilizamos os descritores: "COVID-19", "psychological complications", "pregnancy", "puerperium". Foram selecionados artigos publicados em periódicos revisados por pares, do ano de janeiro de 2020 a abril de 2021, nos idiomas português e inglês. Além disso, foi utilizado o site da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) como fonte de pesquisa.

ANÁLISE

Foram analisados dados em diferentes referenciais para chegar aos resultados do presente trabalho.

Stepowicz et al (2020), avaliou 210 gestantes, com idade média de 31 anos, pelo departamento de perinatologia, obstetrícia e ginecologia, no Hospital Memorial Mãe Polonesa - Instituto de Pesquisa, na Polônia. Sua pesquisa teve como objetivo analisar os níveis de estresse e ansiedade vivenciados por gestantes e puérperas durante a pandemia de COVID-19, bem como indicar fatores sociais e médicos que possam contribuir para o estresse e ansiedade desse grupo. Nela, constatou-se que os níveis de estresse e ansiedade em mulheres grávidas e no pós-parto, durante a pandemia de COVID19, se mostraram maiores em mulheres com histórico de tratamento psiquiátrico, no primeiro trimestre da gravidez e nas que são solteiras ou estão em um relacionamento informal.

Enquanto isso, na cidade de Torino na Itália, Ostacoli et al (2020), estudou 163 mulheres, na Unidade de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Sant'Anna, com o intuito de avaliar os níveis de depressão pós-parto e sintomas de estresse pós-traumático em mulheres que entraram em trabalho de parto durante a pandemia. A pesquisa avaliou a resposta assinalada pelas pacientes em um questionário, sendo utilizados a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS), de Impacto de Eventos Revisada (IES-R) e o Questionário de Relacionamento (QR) para a avaliação. Foi observado que a

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

prevalência de sintomas depressivos foi de 44,2% e a taxa de estresse pós-traumático foi de 42,9%. Além disso, o suporte disponibilizado pela equipe de saúde e o silêncio na enfermaria foram fatores de proteção contra esses sintomas. A história prévia de aborto e estresse foram fatores que influenciaram a depressão pós-parto.

An et al (2021), por sua vez, avaliou 209 puérperas, na Universidade de Wuhan na China e identificou que a incidência de sintomas depressivos pós-parto foi de 56,9% e a idade materna de 25 a 34 anos, história prévia de aborto e estresse foram fatores que influenciaram a depressão pós-parto. Para a realização dessa pesquisa, as gestantes responderam um questionário que avaliava por meio da EPDS e a versão chinesa da escala de estresse percebido. Foi concluído que a depressão pós-parto na China tinha aumentado devido a pandemia por COVID-19.

Farrell et al (2020), em sua pesquisa que objetivava estudar o impacto da presente pandemia e restrições relacionadas sobre saúde mental perinatal entre mulheres no Catar, selecionou um grupo de 288 mulheres, no período de Junho a Julho do ano de 2020. Foi observada uma grande preocupação, por parte das mulheres, em relação à sua gestação, bem como familiares e filhos. Sendo os escores GAD7 e PHQ9 utilizados para avaliação de ansiedade e depressão, respectivamente, a pesquisa concluiu que a depressão calculada foi de 39,2%, sendo que desses, 42,1% pontuaram entre moderada a grave. O cálculo de ansiedade foi de 34,4%, sendo que desses, 26,6% pontuaram de moderada a grave. Por fim, constatou-se que mulheres com curso superior apresentaram níveis depressivos e ansiolíticos mais baixos que mulheres com níveis de escolaridade mais baixos e as pacientes do puerpério apresentaram escores maiores que as demais.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, o estudo feito por Zanardo et al (2020), no Hospital Policlínico Abano Terme, em uma província da Itália, selecionou 91 mulheres no grupo de estudo do COVID-19 em comparação com 101 mulheres que deram à luz no mesmo período no ano de 2019. Tal estudo, teve como objetivo analisar se as medidas de quarentena e políticas de contenção hospitalar entre mulheres que dão à luz em uma área de “hotspot”, ou seja, uma área endêmica, aumentaram o sofrimento

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

psicoemocional no período pós-parto imediato, concluiu que a variável "peso ao nascer neonatal" foi significativamente menor nos bebês nascidos durante a pandemia em comparação ao ano anterior. Não só isso, as pontuações médias de EPDS para anedonia, ansiedade e depressão foram significativamente mais altas no grupo de estudo COVID19, tendo 28,6% desse grupo uma pontuação global acima de 12.

Em Ontário, uma província canadense, através de recrutamento em redes sociais como Facebook, Instagram e panfletos distribuídos em grupos obstétricos, JE Khoury et al (2020), a fim de entender o impacto da COVID-19 na saúde mental e os riscos e fatores protetores durante a gestação, conseguiu selecionar 303 gestantes. Em sua pesquisa, pôde concluir que 57,1% delas indicaram níveis significativos de depressão, 43,3% estavam preocupadas de algo acontecer com o bebê, 41,8% preocupadas com o parceiro e 39,6% preocupadas com o parto durante a pandemia. 39,5% delas reportaram insônia significativa, 41,2% reportaram insônia subclínica e 19,2% insônia clínica. Um outro estudo, feito por Salehi et al, que objetivava relacionar o medo e ansiedade pelo COVID-19 no cenário da gestação e a saúde mental neste determinado grupo, conseguiu selecionar 222 gestantes no Hospital Kamali, no Irã e mostrou que a ansiedade apresentada pelas gestantes tem relação direta com a pandemia de COVID-19.

Em contrapartida, G. Pariente et al (2020)recrutou 223 gestantes que deram à luz durante a pandemia e 123 mulheres que deram à luz antes da pandemia. O estudo feito na Maternidade de Soroka University Medical Center em Beersheba, Israel propôs avaliar o risco de depressão pós parto entre mulheres que deram à luz durante a pandemia em comparação com o risco entre mulheres que deram à luz antes da pandemia. Diferente de todos os outros, tal estudo conseguiu mostrar que 16,7% das mulheres que deram à luz durante a pandemia tiveram menor risco de obter uma pontuação no questionário EPDS maior que 10 em comparação com 31,3% das mulheres que deram à luz antes da pandemia. O primeiro grupo apresentou menor risco de ter um escore EPDS maior que 13 quando comparado ao segundo grupo (6,8% contra 15,2%). Por fim, o estudo

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

concluiu também que o parto durante a pandemia foi independentemente associado com menor risco de possível depressão materna de acordo com a pontuação EPDS.

DISCUSSÃO

No período gestacional, além das mudanças fisiológicas hormonais inerentes ao estar gestando, existem questões relacionadas à maternagem, a qual é definida como proteção e cuidado dos filhos de forma afetuosa e carinhosa (ESTRELA et.al, 2020). Desse modo, vivenciar a pandemia da COVID-19 e estar gestante, considerando não existir estudos, até o atual momento, acerca da associação de gravidade da doença a esse período de vida, se intensificam na mulher sentimentos de medo e incerteza.

Além disso, a COVID-19 altera a rotina e comportamento diários, apresentando grande tensão psicológica que pode resultar no desenvolvimento de questões psíquicas em indivíduos vulneráveis (STACHOWICZ et al, 2021). Esses fatos justificam maior nível de estresse e ansiedade em mulheres com história prévia de tratamento psiquiátrico no início da gravidez, bem como nas que são solteiras ou apresentam um relacionamento informal, uma vez que esse grupo já se encontra em um contexto suscetível ratificado pela pandemia.

Segundo Zimbaldi et.al (2020) o estresse pós-parto pode variar desde a presença de depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (PTSD) ou estresse secundário a desastres naturais dentro de 4 a 12 semanas após o parto. Embora o impacto possa variar, qualquer forma de estresse pós-natal é consideravelmente significativa e possui efeito sobre o resultado do bebê, quando se trata de crescimento (físico e cognitivo), nutrição, vínculo, temperamento e bem estar mental. Enquanto isso, a depressão pós-parto caracteriza-se como um transtorno do humor que começa nas primeiras 4 a 6 semanas após o parto e dura até um ano, com maior intensidade nos primeiros 6 meses.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Sabe-se que ser mulher já é um fator de risco para o desenvolvimento de estresse pós-traumático. O sofrimento durante a gestação pode estar relacionado a eventos traumáticos devido a presença de fatores objetivos e subjetivos (OTASCOLI et al, 2020). Ser gestante no contexto da COVID-19, tornou-se um desafio ainda maior para a população feminina, uma vez que segundo Zanardo, et al a pandemia trouxe o distanciamento físico e recomendações de isolamento social, que podem afetar os pensamentos, emoções e funcionamento das novas mães, piorando assim os sintomas depressivos. Pode-se especular que o aumento dos sintomas depressivos e pós-traumáticos em mulheres que deram à luz durante a COVID-19 pode estar relacionado mais a um clima geral de alarme e preocupação com a pandemia do que a fatores específicos com impacto direto na experiência do parto (OTASCOLI, et al 2020). Como sugerido pelo autor, a detecção precoce da angústia, que inclui a avaliação de fatores psicológicos, é fundamental para intervenções específicas e direcionadas para contrastar o impacto negativo que a depressão pós-parto.

No estudo conduzido por esse mesmo autor evidenciou que o suporte disponibilizado pela equipe de saúde e o silêncio na enfermaria foram fatores protetores contra sintomas depressivos e estresse pós-traumático em puérperas no contexto da pandemia. Denota-se que foram adotadas estratégias de cuidado que foram capazes de acolher e propiciar bem-estar às mulheres durante todo o período gravídico-puerperal. Dessa maneira, se torna evidente a necessidade dos profissionais de saúde atuarem de modo a amenizar ou impedir os impactos da doença para a mãe-filho, bem como formas de amenizar a conjuntura de incerteza, como descrito no estudo de Estrela et.al (2020).

Segundo Ferral et.al (2020) o impacto do isolamento social e da solidão que se seguiram, juntamente com as preocupações sobre os riscos da infecção e suas consequências econômicas, causam efeito sobre a saúde mental da população em geral. A gravidez pode tornar as mulheres particularmente vulneráveis em relação à morbidade mental e tem sido relatado que mulheres grávidas e puérperas apresentam maiores taxas de ansiedade e sintomatologia depressiva comparadas com mulheres não grávidas em

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

idade fértil. A falta de informações concretas sobre a transmissão vertical do vírus, e os possíveis acometimentos aumentam a angústia das gestantes. Aliado a isso, essas se encontram afastadas da sociedade e impossibilitadas de compartilhar com familiares e com outras gestantes seus medos e anseios. Esse contexto, de isolamento social, decorrente da COVID-19, piora a saúde mental da mulher gestante. Tal fato é confirmado por estudo também feito por Ferral et al em que se evidenciou que as restrições impostas pela pandemia tiveram impacto significativo tanto na taxa de depressão, quanto na taxa de ansiedade.

Contradizendo o estudo anterior, Pariente et.al (2020) evidencia que os índices de depressão pós-parto em gestantes diminuíram devido a pandemia do COVID-19. As explicações dadas pelos autores são que o isolamento social faz com que a gestante fique mais próxima de seus parentes de convívio íntimo, que tendem a apoiá-la mais do que se estivessem com sua rotina antes da pandemia, tendo mais tempo de convívio, aumentando a coesão familiar e potencializando o apego materno-fetal que também é um fator protetor para o desenvolvimento de quadros depressivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto da COVID-19 requer que sejam pensadas estratégias de cuidado, principalmente para indivíduos que se encontram em um contexto mais vulnerável como as gestantes. Tais estratégias devem contemplar um suporte que acolham as mulheres durante todo o período gravídico-puerperal promovendo segurança e bem-estar, principalmente no que tange a saúde mental.

Para isso é necessário que mais estudos sejam desenvolvidos, explorando a gestação, puerpério e parto durante a pandemia, bem como no período pós pandemia. Dessa maneira, será possível traçar planos de cuidados mais respaldados em estudos científicos, melhorando a atenção à mulher gestante.

REFERÊNCIAS

1. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 2021 Apr 29]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-pregnancy-issues-and-antenatal-care?topicRef=126981&source=see_link

2. Oyetunji Aderonke, Chandra Prakash. Postpartum stress and infant outcome: A review of current literature. Psychiatry Res [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 31];284 DOI 10.1016/j.psychres.2020.112769. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31962260/

3. Zanardo V, Manghina V, Giliberti L, Vettore M, Severino L, Straface G. Psychological impact of COVID-19 quarantine measures in northeastern Italy on mothers in the immediate postpartum period. International Journal of Gynecology & Obstetrics [Internet]. 2020 Jun 16 [cited 2021 Apr 29];150(2):184–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32474910/

4. Stepowicz A, Wencka B, Bieńkiewicz J, Horzelski W, Grzesiak M. Stress and Anxiety Levels in Pregnant and Post-Partum Women during the COVID-19 Pandemic. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2020 Dec 17 [cited 2021 Apr 29];17(24):9450. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33348568/

5. Ostacoli L, Cosma S, Bevilacqua F, Berchialla P, Bovetti M, Carosso AR, et al. Psychosocial factors associated with postpartum psychological distress during the Covid-19 pandemic: a cross-sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]. 2020 Nov 18 [cited 2021 Apr 29];20(1). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33208115/

6. An R, Chen X, Wu Y, Liu J, Deng C, Liu Y, et al. A survey of postpartum depression and health care needs among Chinese postpartum women during the pandemic of COVID-19. Archives of Psychiatric Nursing [Internet]. 2021 Apr [cited 2021 Apr 29];35(2):172–7. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33781396/

7. Farrell T, Reagu S, Mohan S, Elmidany R, Qaddoura F, Ahmed EE, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the perinatal mental health of women. Journal of Perinatal Medicine [Internet]. 2020 Sep 25 [cited 2021 Apr 29];48(9):971–6. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32975206/

8. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 2021 Apr 29]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-labor-delivery-and-postpartum-issues-and-care?topicRef=127535&source=see_link

9. Pariente G, Wissotzky Broder O, Sheiner E, Lanxner Battat T, Mazor E, Yaniv Salem S, et al. Risk for probable post-partum depression among women during the COVID-19 pandemic. Archives of Women's Mental Health [Internet]. 2020 Oct 12 [cited 2021 Apr 29];23(6):767–73. Available from: https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-020-01075-3

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

10. Khoury JE, Atkinson L, Bennett T, Jack SM, Gonzalez A. COVID-19 and mental health during pregnancy: The importance of cognitive appraisal and social support. Journal of Affective Disorders [Internet]. 2021 Mar [cited 2021 Apr 29]; 282:1161–9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33601691/

11. Salehi L, Rahimzadeh M, Molaei E, Zaheri H, Esmaelzadeh-Saeieh S. The relationship among fear and anxiety of COVID-19, pregnancy experience, and mental health disorder in pregnant women: A structural equation model. Brain and Behavior [Internet]. 2020 Sep 23 [cited 2021 Apr 29];10(11). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32969190/

CAPÍTULO XII

EFETIVIDADE DOS EXERCÍCIOS CINESIOTERAPÊUTICOS SOBRE A QUALIDADE DE VIDA E INCONTINÊNCIA URINÁRIA MISTA EM MULHER COM DIABETES NEUROPÁTICA

Maria Rita Martins da Rocha[59]; Érika Tonon[60];
Rafaela Caroline Silva Bertanha[61]; Lucimar de Carvalho Freitas[62];
Thais Aparecida Bozza Magosso[63]; Ana Lúcia Gonçalves da Silva Azevedo[64].
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-12

RESUMO:
Introdução: A Incontinência Urinária (IU) é definida com a queixa de qualquer perda involuntária de urina, que levam as restrições sociais, higiênicas, atividades sexuais e limitações físicas, com isso causa impacto na Qualidade de Vida (QV). É uma doença que acomete milhões de pessoas de todas as idades, principalmente, as dos sexos femininos. Existem formas variadas de tratamento da IU como cirurgias, biofeedback, cinesioterapia, eletroestimulação, terapia medicamentosa e técnicas comportamentais, para fortalecimento da Musculatura do Assoalho Pélvico (MAP), recuperação da continência urinária e revigorar a QV. Objetivo: A presente pesquisa foi analisar as influências da cinesioterapia com os exercícios de Kegel sobre a força da MAP, nos sintomas da IU no trato urinário e no impacto da perda involuntária de urina sobre a QV de uma mulher com Incontinência Urinária Mista (IUM). Métodos: Participou desta pesquisa apenas uma participante, onde foram realizadas 15 sessões para o tratamento fisioterapêutico da IUM. Através da palpação bidigital foi para mensurar a resistência de contração da MAP, o questionário KHQ foi para avaliar a QV, o questionário ICIQ-SF foi para avaliar a perda involuntária de urina e a escala de Oxford foi para mensurar a força da MAP, aplicadas antes e após o tratamento. Conclusão: Conclui-se que os exercícios cinesioterapêuticos de Kegel no tratamento de IUM, obtiveram bons resultados no fortalecimento da MAP, na diminuição dos sintomas do Trato Urinário Inferior (TUI) e na restauração da QV.
PALAVRAS-CHAVE: Cinesioterapia. Diabetes Mellitus. Incontinência Urinária. Qualidade de Vida.

[59] FAESO - Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-2729-5964. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4949284451055002. E-mail: mariarita.martiins@gmail.com
[60] FAESO - Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos. E-mail: tonon.erika@gmail.com
[61] FAESO - Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos. E-mail: rafa_carool@outlook.com
[62] FAESO - Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos. E-mail: Lucimardecarvalhof@gmail.com
[63] FAESO - Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos. E-mail: thaisbozzamagosso@gmail.com
[64] FAESO - Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos. E-mail: annalucia_silva@live.com

EFFECTIVENESS OF KINESIOTHERAPEUTIC EXERCISES ON QUALITY OF LIFE AND MIXED URINARY INCONTINENCE IN WOMEN WITH NEUROPATHIC DIABETES

ABSTRACT:
Introduction: Urinary Incontinence (UI) is defined as the complaint of any involuntary loss of urine, which leads to social, hygienic, sexual activities and physical limitations, thereby impacting Quality of Life (QOL). It is a disease that affects millions of people of all ages, mainly women. There are different ways of treating UI, such as surgery, biofeedback, kinesiotherapy, electrostimulation, drug therapy and behavioral techniques, to strengthen the Pelvic Floor Muscle (PFM), recover urinary continence and invigorate QOL. Objective: The present research was to analyze the influences of kinesiotherapy with Kegel exercises on the strength of MAP, the symptoms of UI in the urinary tract and the impact of involuntary loss of urine on the QOL of a woman with Mixed Urinary Incontinence (MUI). Methods: Only one participant participated in this research, where 15 sessions for the physiotherapeutic treatment of MUI were carried out. Through bidigital palpation it was used to measure the PFM contraction resistance, the KHQ questionnaire was used to assess QOL, the ICIQ-SF questionnaire was used to assess involuntary loss of urine and the Oxford scale was used to measure PFM strength, applied before and after treatment. Conclusion: It is concluded that Kegel kinesiotherapeutic exercises in the treatment of MUI, obtained good results in strengthening PFM, in reducing the symptoms of Lower Urinary Tract (LUT) and in restoring QOL.
KEYWORDS: Kinesiotherapy. Diabetes Mellitus. Urinary Incontinence. Quality of Life.

INTRODUÇÃO

Ao relatar sobre Incontinência Urinária (IU) feminina, tem-se despertado muito interesse dos profissionais da saúde, decorrente aos múltiplos efeitos referentes à essa condição. Os profissionais que lidam com a saúde da mulher incontinente, procuram favorecer em sua Qualidade de Vida (QV) a redução das dificuldades no desempenho do seu trabalho, as atividades domésticas e relações afetivas e sexuais, independente dos tipos de IU que apresentam (VOLKMER, 2012).

O assoalho pélvico encontra-se na base inferior da pelve e é constituído por fáscias, ligamentos e músculos (lisos e estriados) que apresentam função primordial de suporte para as vísceras pélvicas, sobretudo o útero, bexiga e reto e promove ação

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

esfincteriana para uretra, vagina e ânus. Suas limitações anteriores e posteriores pertencem ao arco púbico e o cóccix, em sua devida ordem (BARACHO, 2012).

O diafragma da pelve é composto por dois músculos, coccígeos e o levantador do ânus, assim que o levantador do ânus constituído por três músculos (puborretal, pubococcígeo e iliococcígeo) que reveste as faces superiores e inferiores dessas musculaturas e sustenta as vísceras pélvicas. Os músculos esfíncteres e eretores (esfíncter externo do ânus, esfíncter externo da uretra, bulbocavernoso e isquiocavernoso) inervados no nervo pudendo (S2-S4) tem como função o fechamento do ânus e da uretra, em mulheres comprimem a glândula vestibular maior e nos homens auxiliam na ereção, todos os músculos acima compõem o assoalho pélvico (GILROY, 2008; MOORE, 2014).

Existem dois tipos de fibras musculares: tipo I, de contração lenta e resistente a fadiga, refere-se a 70% de toda estrutura da Musculatura do Assoalho Pélvico (MAP), e do tipo II são fibras de contração rápida, de pouca resistência a fadiga rápida, assim com 30% da estrutura (ASSIS, 2013; OLIVEIRA, 2007).

As Disfunções do Trato Urinário Inferior (DTUI) podem ocasionar alterações na função da uretra e da bexiga com sintomatologia de armazenamento e esvaziamento vesical ou pós miccionais como mudanças urodinâmicas que levam a maior incidência da IU, que consiste na perda involuntária de urina com impacto na vida social, psicológica, higiênica, vida sexual e com limitações em níveis físicos de praticar esporte, trabalho e lazer, acarreta-se de forma negativa na vida da mulher (NARDOZZA JÚNIOR, 2010; OLIVEIRA, 2011; FITZ, 2012).

De acordo com Matos (2019) a Incontinência Urinária de Esforço (IUE), é a perda involuntária da urina no esforço exercido em um simples espirro ou em uma tosse. A Incontinência Urinária por Urgência (IUU), é o desejo súbito e incontrolável de urinar, muitas das vezes surgem por infecções e podem ser mistas, com sinais e sintomas tanto de esforço quanto de urgência (SILVA, 2018).

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Conforme Gomes (2010) afirma que a Incontinência Urinária Mista (IUM) é uma conciliação da IUE e IUU, com atributo de uma insuficiência uretral associada à hiperatividade detrusora.

Na ocasião em que se fala em IU, deve-se observar o desempenho da bexiga que é gerenciada por um sistema complexo de nervos em formato triangular, e abrangem estruturas como: sistema nervoso central, sistema nervoso periférico e estruturas do trato urinário. Assim, possuem alicerces que designam um equilíbrio regulado e condizente que determina a continência urinária (OLIVEIRA, 2007).

A IU, é um dos sintomas presentes em diabetes idiopática, onde apresenta aumento da glicemia que gera transtorno e DTUI, associado à multifatores em decorrência de alteração na função das células do músculo detrusor, do componente neuronal ou na urotelial, e progredir para um processo inflamatório microvascular (OLIVEIRA, 2011).

Esta condição é prejudicial à QV das pessoas afetadas, pois além de ter a fisiologia natural alterada, o estado emocional também é prejudicado por situações constrangedoras, por vergonha do odor de urina, estresse pela preocupação de frequentar lugares que não possuem banheiros próximos para a urgência, e podem ocorrer até a exclusão social (LOPES, 2006).

Além da IU, existe o prolapso que é conhecido como uma hérnia do conteúdo pélvico e/ou intraperitoneal no canal vaginal com inúmeros fatores de risco, a idade, paridade, histerectomia, cirurgias prévias para correção de distopia genital e desordens do colágeno para seu acontecimento. A enfermidade pode ser destinada a um plano de circunstâncias, que altera de indivíduo para indivíduo. Todavia, há função de outros motivos concebíveis até este momento são questionáveis, como tipo de parto, obesidade, peso do recém-nascido, tosse crônica e história familiar (KNORST, 2012).

O prolapso genital causa um impacto psicológico, social e financeiro significativo na população. As referências epidemiológicas desta moléstia são difíceis de serem adquiridas, visto que muitas mulheres ocultam o fato, e admita-se como

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

decorrência procedente do envelhecimento ou dos partos vaginais. De modo geral nos estudos, a dominância prezada é de 40% das mulheres (CÂNDIDO, 2012; HORST, 2016).

A prevalência estimada deste distúrbio ginecológico é de 21,7% em mulheres de 18 a 83 anos, no qual atinge 30% entre 50 e 89 anos. Aos 80 anos, 11,1% das mulheres obtêm ou obtiveram indicações cirúrgicas para a reparação do prolapso genital ou de IU, cerca de 300 a 400 mil mulheres norte-americanas são submetidas a esse método para restauração com custo anual de 1 bilhão de dólares (RODRIGUES, 2009; HORST, 2016).

A Diabetes Mellitus (DM), é outro fator que pode ocasionar sintomas característicos da diminuição da capacidade vesical com hipoatividade do detrusor, perda de peso, visão turva, polidipsia, poliúria, polifagia e pode ser encontrada em pessoas com diabetes idiopática. No decorrer dos anos, podem surgir complicações como neuropatia periférica, além de alterações genito-urinárias, disfunção sexual provocada pela diminuição da contratilidade e sensibilidade da MAP (TORRES, 2007; OLIVEIRA, 2011).

A DM, correlaciona a força muscular e agravo na função física, que resulta na ligação entre as funções metabólicas e mecânicas do músculo, consecutivamente à fraqueza muscular que se agrega nos distúrbios da amiotrofia diabética e a hiperglicemia é capaz de lesionar a função contrátil e produção de força do músculo (MARINI, 2011).

A neuropatia periférica e a vasculopatia periférica, são provocadas devido à DM, que contribuem para a aparição de indícios urinários em mulheres e homens, como a polaciúria, urgência miccional e enurese noturna (MARINHO, 2006).

De acordo com Sousa (2010) as disfunções do assoalho pélvico e a diabetes idiopática estão associadas ao próprio envelhecimento natural das fibras musculares, com a diminuição da função ovariana na retaguarda da menopausa, a obesidade, a gravidez e os inúmeros partos vaginais. Com o desenvolvimento gradativo da IU em

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

mulheres de meia idade, muitas das vezes não são comprovadas pela ausência de tratamento, e nem como uma doença, mas sim como consequência do envelhecimento.

Em estudos norte-americanos, mulheres de peles brancas dispõem-se a alta taxa de IU (23 a 32%) a medidas que são comparadas com mulheres de peles negras (16 a 18%), por essa circunstância mulheres de peles negras apresentam dessemelhanças anatômicas (colo da bexiga mais alto e uretra mais longa), resistência intra-uretral superior e maior força nos alicerces de suporte do assoalho pélvico, essencial na proteção da IU (MARINHO, 2006).

Em concordância com Gomes (2009) a cinesioterapia composta por exercícios globais e pélvicos, e exercícios ativos resistidos, é um método eficaz para diminuição da IU. Vários autores ressaltam a magnitude da cinesioterapia e salientam o quão eminente é sobre as demais terapias complementares dentro da fisioterapia (MARQUES, 2005).

Os métodos cinesioterapêuticos englobam, uma terapia por intermédio dos movimentos, no qual são aplicados como método de tratamento. Tem como princípio os movimentos voluntários repetitivos que propicia o aumento da força muscular, uma resistência à fadiga, revigora a mobilidade, a flexibilidade e a coordenação muscular. Baseado nesta doutrina das contrações repetitivas, esses exercícios têm sido apropriados para alguns casos de IU, devido ao acréscimo do tônus das fibras musculares lentas ou tipo I e das fibras musculares rápidas ou tipo II (NOLASCO, 2008).

Uma técnica efetiva para reeducação perineal são os exercícios de Kegel, que promovem aumento da força muscular, contração abdominal e contração de fibras do tipo I e II. Exercícios de Kegel é de fácil compreensão, para regenerar as áreas hipotônicas de modo curativo e preventivo, têm sido cada vez mais reconhecidos e novos estudos apresentam uma boa quantidade de pacientes que obtiveram melhora ou mesmo o resultado completo para seus distúrbios (ASSIS, 2013; CORREA, 2015).

Arnold Kegel, médico ginecologista, por volta dos anos 50, foi o primeiro a principiar a prática da MAP feminino no tratamento da IU. Alcançou em seu primeiro estudo, 84% de cura de mulheres com IU, na MAP e o uso do biofeedback para avaliar

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

a pressão vaginal no decorrer dos exercícios. Na atualidade encontra-se uma diversidade de aparelhos de biofeedback utilizados na prática clínica para auxiliar no treinamento da MAP feminino (NOLASCO, 2008; OLIVEIRA, 2011).

O objetivo da presente pesquisa foi analisar as influências da cinesioterapia com os exercícios de Kegel sobre a força da MAP, nos sintomas da IU no trato urinário e no impacto da perda involuntária de urina sobre a QV de uma mulher com IUM.

MÉTODO

DELINEAMENTO DE PESQUISA

A pesquisa é classificada como um estudo de caso experimental quantitativo. Conforme Yin (2005), o estudo de caso é uma teoria de conhecimento que afirma dados de experiência, com isso, vêm a investigar um evento atual dentro da realidade, que classifica tipos de fontes de evidência.

ASPECTOS ÉTICOS

A participante foi informada sobre os objetivos da pesquisa e a confidencialidade dos dados, na qual concordou em participar do estudo, ciente que poderia se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos no seu acompanhamento e tratamento fisioterapêutico. Foi entregue a mesma cópia assinada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme recomendação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Foi esclarecido que seria poupada de quaisquer divulgações, como nomes, imagens ou tipos de exposições e principalmente que a pesquisa poderia oferecer riscos à saúde, tais como: constrangimento, ansiedade e seu estado psicológico, com intuito de amenizar os riscos e o embaraço, foi utilizado lençol para cobri-la durante a avaliação. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE: 15272619.4.0000.5496.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

LOCAL E PERÍODO DE AVALIAÇÃO

Foi realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) no Jardim Pacheco Chaves de Ourinhos/SP pelo Programa Saúde da Família (PSF), nos meses de Agosto a Setembro de 2019.

PARTICIPANTE

Na presente pesquisa a participante C.F de 46 anos, cor negra, casada, destra, 80 kilos e 1,73 de altura, ex ajudante de serviços gerais de confecção de jaleco, residente da cidade de Ourinhos/SP, com o diagnóstico clínico de DM, neuropatia periférica e IU e com o diagnóstico fisioterapêutico: IUM, leve prolapso visceral e deficiência muscular perineal. “Comecei a sentir muita vontade de ir ao banheiro e não conseguia segurar, isso começou em 2001, notei também que ao tossir ou até mesmo ao dar risada escapava urina. Em 2002, estive internada na Santa Casa de Ourinhos/SP, por fraqueza e dores na perna direita, foi feito hemograma completo e fui diagnosticada com diabetes neuropática periférica.” (SIC)

O primeiro contato com a participante foi no PSF Pacheco Chaves de Ourinhos/SP. Foram realizadas 15 sessões, onde consistiu de duas sessões de avaliação inicial, 12 sessões de tratamento fisioterapêutico com duração de 40 minutos supervisionados, após a finalização das sessões destinadas para a participante foi realizada novamente uma coleta de dados finais, utilizou-se os mesmos procedimentos de dados da avaliação inicial.

PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Com explanação a participante sobre os objetivos do estudo e a mesma ter assinado o TCLE, foi elaborado uma coleta de dados através da avaliação fisioterapêutica que consta anamnese e exame físico, palpação bidigital, questionário de

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

qualidade de vida (KHQ) em IU, questionário ICIQ-SF e Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico (AFA).

INSTRUMENTOS DE COLETA

As variáveis coletadas para a prática de estudo foram como instrumento King's Health Questionnarie (KHQ) (ANEXO 2) validado e traduzido em 2005 de acordo com Fonseca et al (2005), para a participante com IU realizado no início e no término das 12 sessões fisioterapêuticas, constituído por trinta perguntas subdivididas em nove domínios, tais como: 1) percepção da saúde, 2) impacto da incontinência urinária, 3) limitações do desempenho das tarefas, 4) limitação física, 5) limitação social, 6) relacionamento pessoal, 7) emoções, 8) sono/energia e 9) medidas de gravidade (higiene) . As respostas possuem valores numéricos que são somados e avaliados por domínios. São realizados cálculos por fórmula de matemática com escore da QV que varia de 0 a 100, observa-se quanto maior o número obtido, pior a QV (SOUZA, 2010).

Questionário International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF) (ANEXO 3), foi validado em uma população portuguesa em 2004, com a adaptação cultural e validação para uso em pesquisas clínicas no Brasil por Tamanini (2004), direcionado à mulheres com IU, por seis questões que apresentam as duas primeiras sobre a idade e ao gênero, respectivamente, a terceira avalia a perda de urina, onde (0 pontos) não tem escape de urina, (5 pontos) escape de urina o tempo todo. A quarta questão refere-se à quantidade de perda de urina de 0 a 6 pontos (0 – nenhuma e 6 – grande quantidade). A quinta questão avalia o quanto interfere na QV da participante a perda de urina de 0 a 10, (0 – não interfere e 10 – interfere muito). Última questão a participante teve que identificar em quais situações apresentam perdas de urina (ao tossir ou espirrar, antes de chegar ao banheiro, ao realizar atividades físicas, se tem escape sem razão óbvia, ou o tempo todo). Determinado o escore com grau leve (1-5 pontos), moderado (6-12 pontos), grave (13-18 pontos) e muito grave (19-21 pontos) (SILVA, 2014).

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

A funcionalidade da MAP foi mensurar a resistência através da AFA junto a palpação bidigital, com a participante em decúbito dorsal em posição ginecológica sobre a maca. O examinador com luva de procedimento lubrificada com gel, introduz o 2º e o 3º dedo por 3 a 4 cm intravaginal, solicitou para que a participante contraísse os músculos do períneo por um tempo máximo que possa controlar (GLISOI, 2011, KNORST, 2012).

Tabela 1 - Classificação em graus da Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico (GLISOI, 2011).

0	sem função perineal objetiva, mesmo durante à palpação
1	função perineal objetiva ausente, contração reconhecível somente à palpação
2	função perineal objetiva débil, contração reconhecível à palpação
3	função perineal objetiva presente e resistência opositora não mantida mais do que cinco segundos à palpação
4	função perineal objetiva presente e resistência opositora mantida mais do que cinco segundos à palpação.

Para mensurar a força da MAP utilizou a escala de Oxford modificada com a participante em posição ginecológica, orientou que contraísse e mantivesse as contrações dos músculos perineais ao redor do dedo do examinador.

Tabela 2 - Graduação de Contração da Musculatura Pélvica (TALASZ, 2008; SANCHES, 2010; PINHEIRO, 2011).

0	Nenhuma pressão - ausência de resposta muscular dos músculos perivaginais
1	Esboço de contração muscular não sustentada
2	Presença de contração de pequena intensidade, mas que se sustenta
3	Contração moderada - sentida com aumento de pressão intravaginal, que comprime os dedos do examinador com pequena elevação cranial da parede vaginal
4	Contração satisfatória - aquela que aperta os dedos do examinador com elevação da parede vaginal em direção à sínfise púbica
5	Contração forte - compressão firme dos dedos do examinador com movimento positivo em direção à sínfise púbica

AVALIAÇÃO INICIAL

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Para melhor efetividade da avaliação traçada, foi necessária uma anamnese completa da participante, com suas queixas principais. Após o esclarecimento de como seria a avaliação inicial, os procedimentos e testes que seriam aplicados, a participante acomodou-se na posição sentada confortavelmente para responder o questionário da QV em IU (KHQ) e o questionário ICIQ-SF em um período de uma sessão de 40 minutos. Na segunda sessão, a participante foi orientada a esvaziar a bexiga para a realização do exame de palpação bidigital, posicionada em decubito dorsal para a realização da AFA para a resistência da MAP e escala de Oxford para mensurar a força da MAP.

Em seguida, a participante foi conscientizada sobre a MAP e orientada a promover a contração e o relaxamento mediante à orientação verbal.

INTERVENÇÃO

O protocolo fisioterapêutico foi elaborado individualmente através da avaliação executada com planejamento sem fadigar o músculo perineal. Com frequência de 2 sessões semanalmente com duração de 40 minutos, no período de dois meses totalizou 15 sessões de intervenções em atendimento domiciliar, com 2 sessões de avaliação e no final reavaliação. Realizou-se cinesioterapia de conscientização corporal com séries de exercícios de Kegel para fortalecimento dos músculos perineais em posições de decúbito dorsal, sentada e posição de gato.

A participante foi orientada a realizar as contrações sem nenhum líquido na bexiga e contrair corretamente os músculos perineais. Iniciou-se o protocolo com alongamentos passivos, ativo assistido e ativo dos membros inferiores, superiores e tronco, exercícios de anteversão e retroversão pélvica e inclinação pélvica (ASSIS, 2013).

Tabela 3 - Contrações máximas da Musculatura do Assoalho Pélvico (fibras do tipo I – lenta).

Posição	Músculos Trabalhados	Tipo de Fibra	Série	Repetições	Tempo de Contração	Repouso (segundos)

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

					(segundos)	
Decúbito Dorsal	M. períneo profundo e superficial	I	1	10	4	10
Sentada	M. períneo profundo e superficial	I	1	10	4	10
Posição de Gato	M. períneo profundo e superficial	I	1	10	4	10

Fonte: Autoria própria

Tabela 4 - Contrações rápidas da Musculatura do Assoalho Pélvico (fibras do tipo II).

Posição	**Músculos trabalhados**	**Tipo de Fibra**	**Série**	**Tempo de Contração e Relaxamento (segundos)**	**Repouso (segundos)**
Decúbito Dorsal	M. períneo profundo e superficial	II	3	8	10
Sentada	M. períneo profundo e superficial	II	3	8	10
Posição de Gato	M. períneo profundo e superficial	II	3	8	10

Fonte: Autoria Própria

AVALIAÇÃO FINAL

Ao término das 15 sessões de atendimento do protocolo fisioterapêutico realizado com a participante C.F, para análise de dados e verificação dos resultados obtidos foram aplicados novamente os instrumentos da etapa de coleta de dados (pré-intervenção fisioterapêutica para reavaliação pós-intervenção).

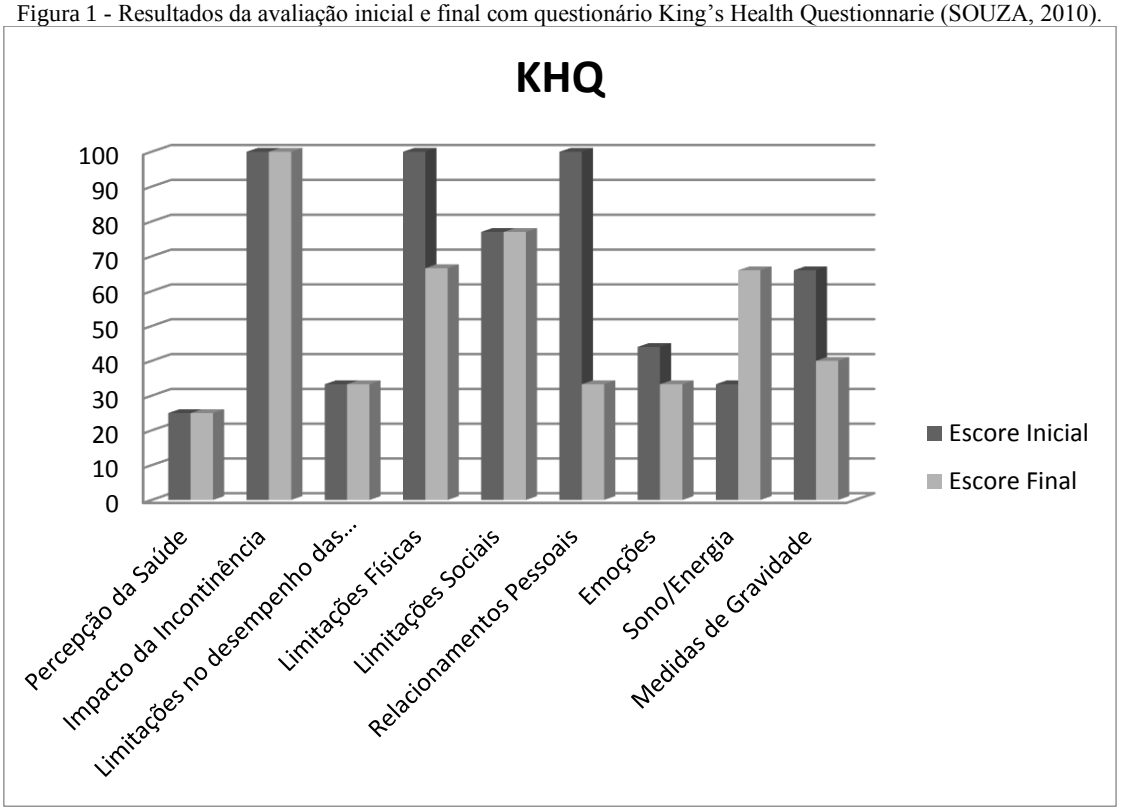
1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados e expostos em tabela criada com programa Office Word e Office Excel (2007) da Microsoft.

RESULTADOS

Figura 1 - Resultados da avaliação inicial e final com questionário King's Health Questionnarie (SOUZA, 2010).



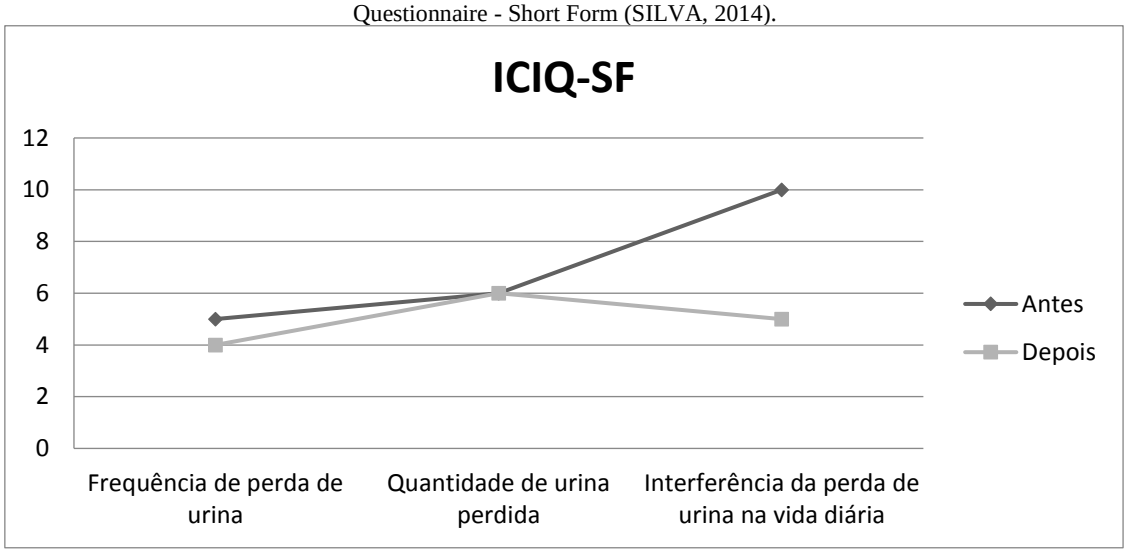
Como mostra a Figura 1 do teste KHQ o escore no quesito percepção da saúde na pré-intervenção e pós-intervenção manteve 25 pontos, no impacto da IU na pré-intervenção e pós-intervenção manteve com 100 pontos, nas limitações do desempenho das tarefas na pré-intervenção e pós-intervenção manteve com 33,3 pontos, já as limitações físicas na pré-intervenção foram de 100 pontos e na pós-intervenção obteve uma melhora com valor de 66 pontos, as limitações sociais na pré-intervenção e pós-intervenção manteve com 77 pontos, no quesito relacionamento pessoal obteve uma

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

melhora onde de 100 pontos na pré-intervenção foi para 33,3 pontos na pós-intervenção, nas emoções de 44 pontos na pré-intervenção foi para 33,3 pontos na pós-intervenção, para o sono/energia de 33,3 pontos na pré-intervenção aumento para 66 pontos na pós-intervenção, e por fim no quesito medidas de gravidade (higiene) também apresentou uma melhora de 66 pontos na pré-intervenção e 44 pontos na pós-intervenção.

O questionário de vida ICIQ-SF realizado na pré-intervenção apresenta escore de muito grave (21 pontos) e na pós-intervenção escore de grave (15 pontos), visualizado na Figura 2 que mostra a questão dos momentos de perda da urina na pré-intervenção como o tempo todo, e já na pós-intervenção assinalada pela participante diversas vezes ao dia e a questão em geral de acordo com a quantidade de perda de urina que interfere em sua vida diária. Circulou na pré-intervenção o número 10, e na pós-intervenção o número 5, entre 0- não interfere e 10- interfere muito, com isso houve questionamentos sobre as suas respostas, para realmente observar se obteve resultados, assim "Antes de começar as sessões eu usava fraldas durante o dia e a noite toda para sair de casa, e depois das sessões fisioterapêuticas uso somente para sair de casa por medo de não ter algum banheiro próximo e durante a noite para dormir." (SIC)

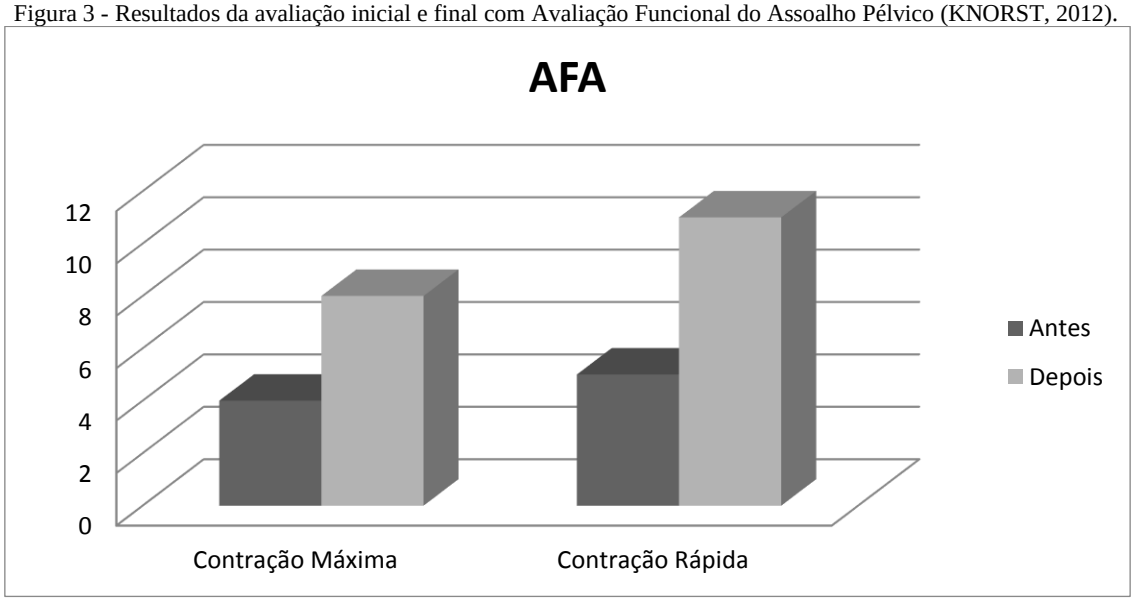
Figura 2 - Resultados da avaliação inicial e final com o Questionário International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (SILVA, 2014).



1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Na pré-intervenção foi utilizado a AFA junto a palpação bidigital, a participante apresentou um leve prolapso visceral com encurtamento no canal da uretra e teste reflexo bulbocavernoso positivo do assoalho pélvico (KNORST, 2012). Na avaliação genital, na pré-intervenção a participante realizou sob orientações do examinador a contração máxima da MAP das fibras lentas do tipo I com 4 segundos de resistência muscular e contração rápida de fibras do tipo II de contrai e relaxa de 8 segundos e na pós-intervenção fisioterapêutica a contração máxima foi para 5 segundos de resistência e contração rápida foi para 11 segundos de contrai e relaxa de resistência da AFA como mostra na Figura 3.

Figura 3 - Resultados da avaliação inicial e final com Avaliação Funcional do Assoalho Pélvico (KNORST, 2012).



De acordo com a classificação de força muscular verificou na pré intervenção grau 2 na escala de Oxford (TALASZ, 2008; SANCHES, 2010; PINHEIRO, 2011) com presença de contração de pequena intensidade, mas que se sustenta, constatou que após intervenção fisioterapêutica classificou grau 4, contração satisfatória - aquela que aperta os dedos do examinador com elevação da parede vaginal em direção à sínfise púbica.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

DISCUSSÃO

A Interferência da perda de urina na vida diária da participante tornou-se prejudicial à sua saúde conforme a nota dada à respeito da sua QV, ao mencionar o escore inicial do ICIQ-SF e o escore referente ao KHQ observou-se números elevados em relação ao impacto da incontinência, limitações físicas, limitações sociais e relacionamentos pessoais. Em outro estudo realizado com mais participantes 28,6% atribuíram nota 10 (interfere muito) relacionado à interferência da perda de urina na vida diária e no impacto da QV, assim como o escore médio de 12,8 no ICIQ-SF e os escores médios evidentemente alterados no KHQ, nos domínios como: impacto da incontinência (66,7), medidas de gravidade (47,2), percepção de saúde (44,3) e limitações nos desempenhos das tarefas (43,8), notou-se que os questionários foram úteis e eficazes em relação à avaliação e os resultados obtidos das participantes (SILVA, 2007).

Foi aplicado o KHQ por ser um questionário íntegro, que avalia tanto o impacto da IU nos distintos aspectos da QV, como os sintomas do TUI vistos pelas mulheres. Assim como em nossa pesquisa, um estudo realizado referiu a QV e após o método fisioterapêutico este instrumento mostrou-se eficaz na avaliação no impacto da IU. Outro estudo que utilizou o KHQ afirmou, em um acompanhamento de um ano, que a QV apresentou resultados positivos após o tratamento da IU com diferentes recursos fisioterapêuticos (RETT, 2007).

Os resultados encontrados apontam a importância da avaliação da QV, visto que possibilita ao fisioterapeuta um melhor embasamento para traçar e direcionar o tratamento, leva-se em conta o impacto e o desconforto causado pela IU (DEDICAÇÃO, 2009).

Para a maioria dos estudiosos, os critérios adotados para se ter uma resposta positiva sobre os efeitos cinesioterapêuticos do assoalho pélvico no ganho de força muscular como resultado em um tratamento eficaz para IU, foram baseados nos trabalhos desenvolvidos por Kegel, em 1948. De acordo com os resultados atingidos, a cinesioterapia também pode ser executada isoladamente ou relacionada a outras técnicas.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Nesta pesquisa em concordância com Nolasco (2008) e Souza (2010) as técnicas utilizadas para o fortalecimento da MAP também foram baseadas na cinesioterapia e nos exercícios de Kegel, o que obtiveram resultados eficazes e satisfatórios no tratamento da IU da participante.

Como mostrado na pesquisa, após seis semanas de tratamento fisioterapêutico com os exercícios de Kegel, a participante apresentou na avaliação final aumento de contração e resistência, o que evidencia o aumento de contração da MAP. Em outro estudo foi comprovado que a força de contração da MAP aumentou significativamente com os exercícios de Kegel depois de seis semanas de intervenção fisioterapêutica (SOUSA, 2010).

Assim, afirma-se que é essencial que todas as mulheres tenham conhecimento da MAP e mesmo sem apresentar sintomas clínicos de IU deveriam se submeter a exercícios cinesioterapêuticos destes músculos diariamente.

CONCLUSÃO

Conclui-se que os resultados obtidos na presente pesquisa comprovam que a utilização dos exercícios cinesioterapêuticos de Kegel no tratamento fisioterapêutico da IUM da participante deste estudo houve aumento da força da MAP, na diminuição dos sintomas do TUI e na restauração da QV. Diante disso deve-se ressaltar mesmo com a DM e o prolapso visceral houve melhora do quadro com a execução do protocolo proposto, mas necessita de pesquisas futuras com um número maior de participantes, com a inclusão de um grupo controle e diferentes variáveis para esclarecer um efeito terapêutico com mais eficácia.

REFERÊNCIAS

1. ASSIS, T. R. et al. Efeito de um programa de exercícios para o fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico de multíparas. Revista Brasileira da Ginecologia e Obstetrícia. V.35, n.1, Rio de Janeiro, Jan., 2013.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

2. BARACHO, E. Fisioterapia aplicada à saúde da mulher. 5a Ed, Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2012.

3. CÂNDIDO, E. B. et al. Conduta nos prolapsos genitais. Revista FEMINA, Belo Horizonte/MG, v. 40, n. 2, p. 98-104, abr./2012.

4. CORREA, J. N.; MOREIRA, B. D. P; GARCEZ, V. F. Ganho de força muscular do diafragma pélvico após utilização dos métodos pilates ou kegel em pacientes com incontinência urinaria de esforço. Revista UNINGÁ Review, Maringá-PR, v. 23, n. 2, p. 11-17, set./2015

5. DEDICAÇÃO, A. C, et al. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos/SP, v. 13, n. 2, p. 116-122, abr./2009.

6. FITZ, F. F.. et al. Impacto do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. Revista da Associação Medicina Brasileira, v. 58, n. 2, p. 155-159, 2012.

7. FONSECA, E. S. M. et al. Validação do questionário de qualidade de vida (King's Health Questionnaire) em mulheres brasileiras com incontinência urinária. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, São Paulo/SP, v. 27, n. 5, p. 235-242, mai./2005.

8. GILROY, A. M.; MACPHERSON, B. R.; ROSS, L. M.; Atlas de Anatomia, 1. ed. Rio de Janeiro - RJ: Guanabara Koogan, p. 140-141, 2008.

9. GLISOI, S. F. D. N; GIRELLI, A. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. Revista Brasileira de Clínica Médica, São Paulo/SP, v. 9, n. 6, p. 408-413, dez./2011.

10. GOMES, C. M.; HISANO, M. Anatomia e fisiologia da micção. In: NARDOZZA JÚNIOR, A.; ZERATI FILHO, M.; REIS, R. B. dos. (Org.) Urologia Fundamental. São Paulo: Planmark, Cap. 2, p. 30, 2010.

11. GOMES, P. R. et al. Efeito da cinesioterapia e eletroestimulação transvaginal na incontinência urinária feminina: estudo de caso. Arquivos de Ciências da Saúde, v. 16, n. 2, p. 83-88, jun./2009.

12. HORST, W.; SILVA, J. C. Prolapsos de órgãos pélvicos: revisando a literatura. Arquivos Catarinenses de Medicina, Joinville – SC, v. 45, n. 2, p. 91-101, jul./2016.

13. KNORST, M. R. et al. Intervenção fisioterapêutica em mulheres com incontinência urinária associada ao prolapso de órgão pélvico. Revista Brasileira de Fisioterapia, v. 16, n. 2, p. 102-107, abr/2012 .

14. LOPES, M. H. B. M.; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher urinária à vida da mulher. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 40, n. 1, p. 34-41, 2006.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

15. MARINI, G. et al. Diabetes na gestação e incontinência urinária: uma associação pouco reconhecida. Fisioterapia Brasil, São Paulo/SP, v. 13, n. 1, p. 65-68, dez./2011.

16. MARQUES, K. S. F; FREITAS, P. A. C. D. A cinesioterapia como tratamento da incontinência urinária na unidade básica de saúde. Fisioterapia em Movimento, Curitiba-PR, v. 18, n. 4, p. 63-67, dez./2005.

17. MARINHO, A. R. et al. Incontinência urinária feminina e fatores de risco. Fisioterapia Brasil, Betim/MG, v. 7, n. 4, p. 301-306, mai./2006.

18. MATOS, M. A. B, et al. As Repercussões Causadas pela Incontinência Urinária na Qualidade de Vida do Idoso. Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online, v.11, n. 3, p. 567-575., 2019.

19. MOORE, K. L.; DALLEY, A. F.; AGUR, A. M. R; Moore Anatomia: Orientada para a Clínica. 7. ed. Rio de Janeiro/RJ: Guanabara Koogan, p. 337-341, 2014.

20. NARDOZZA JÚNIOR, A.; ZERATI, M.; REIS, F. R. B. D; Urologia Fundamental: 1. ed. São Paulo/SP: Planmark, p. 240-249, 2010.

21. NOLASCO, J. et al. Atuação da cinesioterapia no fortalecimento muscular do assoalho pélvico feminino: revisão bibliográfica. Revista digital Educação Física e Deportes, v. 12, p. 117, fev./2008.

22. OLIVEIRA, E. G.; MARINHEIRO, L. P. F.; SILVA, K. S. Diabetes melito como fator associado às disfunções do trato urinário inferior em mulheres atendidas em serviço de referência. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 33, n. 12, Rio de Janeiro, 2011.

23. OLIVEIRA, J. R. D; GARCIA, R. R. Cinesioterapia no tratamento da Incontinência Urinária em mulheres idosas. REVISTA BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, São Paulo/SP, v. 14, n. 2, p. 343-351, jan./2011.

24. OLIVEIRA, K. A. C; RODRIGUES, A. B. C; PAULA, A. B. Técnicas fisioterapêuticas no tratamento e prevenção da incontinencia urinaria de esforço na mulher. Revista Eletrônica F@pciência, Apucarana-PR, v. 1, n. 1, p. 31-40, 2007.

25. PINHEIRO, B. D. F. et al. Fisioterapia para consciência perineal: uma comparação entre as cinesioterapias com toque digital e com auxílio do biofeedback. Revista Fisioterapia em Movimento, São Paulo/SP, v. 25, n. 3, p. 639-648, dez./2011.

26. RETT, M. T. et al. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia, Campinas-SP, v. 29, n. 3, p. 134-140, jan./2007.

27. RODRIGUES, A. M. et al. Fatores de risco para o prolapso genital em uma população brasileira. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, São Paulo/SP, v. 31, n. 1, p. 17-21, 2009.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

28. ANCHES, P. R. S. et al. Correlação do escore de oxford modificado com as medidas perineométricas em pacientes incontinentes . Revista do Hospital de Clínicas Porto Alegre, Porto Alegre/RS, v. 30, n. 2, p. 125-130, out./2010.

29. SILVA, D. B. M. et al. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA SOBRE BEXIGA HIPERATIVA EM MULHERES. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR, Belo Horizonte/MG, v. 23, n. 3, p. 102-106, jul./2018.

30. SILVA, K. C. C. D; FERREIRA, E. G.; ALVES, R. D. C. Avaliação da prevalência de incontinência urinária em idosas através do questionário de impacto de incontinência urinária (ICIQ – SF). Revista Amazônia Science & Health, Gurupi-TO, v. 2, n. 2, p. 44-48, mar./2014.

31. SILVA, L.; LOPES, M. H. B. D. M. Incontinência urinária em mulheres: razões da não procura por tratamento. Revista Escola da Enfermagem USP, Campinas/SP, v. 43, n. 1, p. 72-78, ago./2007.

32. SOUSA, J. G. et al. Avaliação da força muscular do assoalho pélvico em idosas com incontinência urinária. Fisioterapia em Movimento, Brasília/DF, v. 24, n. 1, p. 39-46, nov./2010.

33. TALASZ, H. et al. Evaluation of pelvic Floor muscle function in a random group of adult women in Austria. International Urogynecology Journal, v.19, 1 ed, p.131-135., 2008.

34. TAMANINI, J. T. N. et al. Validação para o português do “International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form” (ICIQ-SF). Revista Saúde Pública, Campinas, SP, v. 38, n. 3, p. 438-444, 2004.

35. TORRES, R. M.; FERNANDES, J. D.; CRUZ, E. A. Adesão do portador de diabetes ao tratamento: revisão bibliográfica. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador/BA, v. 21, n. 2, p. 61-70, dez./2007.

36. VOLKMER, C. et al. Incontinência urinária feminina: revisão sistemática de estudos qualitativos. Revista Ciência e Saúde Coletiva. v.17, n.10, p. 2703-2715, 2012.

CAPÍTULO XIII

FATORES DE RISCO E AGRAVOS RELACIONADOS À MORTALIDADE MATERNA

Renata Cláudia da Silveira Fortunato[65]; Danielle Victor Fernandes[66];
Suellen Duarte de Oliveira Matos[67]; Ana Paula da Silva e Rocha Cantante[68];
Margarida da Silva Neves de Abreu[69]; Adriana Lira Rufino de Lucena[70].
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-13

RESUMO:
Objetivo: O estudo tem como objetivo identificar na literatura nacional os fatores de risco e agravos relacionados à mortalidade materna na última década. Método: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. As buscas foram realizadas por meio de um levantamento de dados bibliográficos na base de dados do SciELO-Brasil, utilizando os descritores oficiais, em português: Mortalidade Materna, Gestação e Fatores de Risco, interligados pelo operador booleano "AND." Os critérios de inclusão foram: estudos de diferentes abordagens metodológicas publicados entre o período de 2010 a 2020, sem restrições idiomáticas, disponíveis para download, com informações relevantes sobre mortalidade materna. Para a coleta de dados utilizou-se um questionário semiestruturado. Resultados: Foram encontrados 27 estudos. Após análise dos títulos e conteúdo dos resumos foram excluídos 03, totalizando 24. Destes, 11 apontaram as causas obstétricas diretas como anormalidades da contração uterina e indiretas a hipertensão e infecção puerperal; 04 as causas hemorrágicas, cardíacas e tromboembolismo; 02 a relação óbito materno com a variável raça/cor; 02 o parto cesáreo; 02 o internamento em unidade de terapia intensiva e 03 ao aborto. Conclusão: Torna-se necessário novos estudos sobre a prevenção e qualidade de vida da mulher no ciclo gravídico-puerperal, a fim de captar de forma precoce os fatores de risco, o planejamento de intervenções em tempo oportuno, bem como a implementação de políticas públicas mais eficazes para a temática.
PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade Materna. Gestação. Fatores de Risco.

65 Enfermeira, especialista em Obstetrícia e Neonatologia, Parnamirim, RN, Brasil. E-mail: renatta-claudia@hotmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-6646-9491.
66 Graduanda em Enfermagem na Faculdade Nova Esperança, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: daniellevictor.enf@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-4475-9225.
67 Enfermeira, doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: suellen-321@hotmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5881-3827.
68 Professora Adjunto na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal. E-mail: apcantante@esenf.pt. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-3839-344X.
69 Doutora em Ciências de Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal. E-mail: mabreu@esenf.pt. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-0136-6816.
70 Enfermeira, mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: adriana.lira.rufino@hotmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-3236-4605.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

RISK FACTORS AND HEALTH PROBLEMS RELATED TO MATERNAL MORTALITY

ABSTRACT:
Objective: The study aims to identify the risk factors and health problems related to maternal mortality in the last decade in the national literature. Method: This is an integrative literature review. The searches were performed through a survey of bibliographic data in the SciELO-Brazil database, using the official descriptors, in Portuguese: Maternal Mortality, Gestation and Risk Factors, interconnected by the Boolean operator "AND." Inclusion criteria were: studies of different methodological approaches published between 2010 and 2020, without language restrictions, available for download, with relevant information on maternal mortality. For data collection, a semi-structured questionnaire was used. Results: 27 studies were found. After analyzing the titles and contents of the abstracts, 03 were excluded, totaling 24. Of these, 11 indicated direct obstetric causes such as uterine contraction abnormalities and indirect hypertension and puerperal infection; 04 the hemorrhagic, cardiac and thromboembolism causes; 02 the relationship between maternal death and the race/color variable; 02 the cesarean delivery; 02 to admission to the intensive care unit and 03 to abortion. Conclusion: Further studies on prevention and quality of life for women in the pregnancy-puerperal cycle are needed, in order to capture risk factors early, plan interventions in a timely manner, as well as the implementation of public policies most effective for the theme.
KEYWORDS: Maternal Mortality. Gestation. Rick Factors.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um problema de saúde pública mundial e uma prioridade global de saúde. Constitui um indicador que oportuniza verificar as condições de vida e o acesso das mulheres a uma atenção obstétrica de qualidade[1].

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a morte materna (MM) é definida como a morte que ocorre durante a gestação ou dentro de um período de até 42 dias após o seu término, independentemente do local ocorrido, duração, de causa relacionada ou agravada pela gravidez ou, por ações adotadas em relação a ela. Todavia, excluem-se os fatores acidentais ou incidentais[2].

A MM por causas obstétricas pode incidir de duas formas: obstétricas diretas e indiretas. A primeira está relacionada às complicações exclusivamente ligadas ao ciclo

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

gravídico-puerperal, podendo estar associada à má qualidade da assistência prestada à saúde da mulher na gestação, parto ou puerpério, comumente encontrada em países em desenvolvimento[1]. Já as indiretas decorrem de condições pré-existentes, isto é, patologias anteriores à gestação, que se exacerbam com a gravidez e que poderiam ser evitadas, uma vez que, fatores como hemorragia, hipertensão, embolismo, aborto e sepse são consequências evitáveis em muitas situações. Nessa acepção, uma assistência obstétrica indevida diante dos fatores citados ocasiona um desfecho desfavorável[3].

Um dos objetivos de Desenvolvimento do Milênio definidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) era reduzir a MM em 75% a razão das causas até 2015, no entanto, as estimativas globais sobre esse declínio, revelam que os resultados não foram suficientes para alcançar a meta na maioria dos países. A nova proposta para 2030 é reduzir para aproximadamente 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos. Neste contexto, é importante que os profissionais de saúde que trabalham na Atenção Primária à Saúde (APS) contribuam por meio da implementação de estratégias de promoção à saúde reprodutiva e sexual[2].

Dentre as ações de promoção a saúde reprodutiva e sexual que pode ser desenvolvida na APS destaca-se: oficinas educativas sobre sexo, relacionando com as infecções sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada; orientação aos pais, professores de como abordar questões relativas à abordagem sobre o sexo; planejamento familiar e apresentação dos métodos contraceptivos; apresentação das políticas pró-equidade de gênero, homofobia, misoginia; informações gerais de como ter acesso aos cuidados em relação à saúde, em especial aos adolescentes e jovens; imunização, dentre outras[4].

Destaca-se a importância de implementar as ações citadas acima, já que a mortalidade materna é demasiadamente alta. Atualmente, no Brasil continua elevada. No ano de 2015 foram 42,95 por 100 mil nascidos vivos, sendo, portanto, incompatível com o gradual desenvolvimento econômico e social do país[1]. Na Paraíba, a Razão de Mortalidade Materna calculada para o período de 2006 a 2010 foi de 68,52 por 100.000

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

nascidos vivos. É considerada muito elevada e além do tolerado pela ONU, que admite entre 10 e 20 mortes por 100.000 nascidos vivos[5].

Desta forma, se vê necessário investigar sobre os fatores de riscos existentes e/ou recorrentes que mantém ainda as taxas da MM em um nível ainda elevado, já que se foram implementadas por meio das políticas públicas de saúde diretrizes que orientam um cuidado integral e contínuo por uma equipe multiprofissional tanto no âmbito primário, secundário e terciário. Com isso, este estudo tem o potencial de contribuir para a (re) definição de novas estratégias cuidativas, para que sejam minimizadas as ocorrências da MM[3].

Mediante o exposto, o estudo busca responder a seguinte questão norteadora: Quais os principais fatores de riscos e agravos que estão influenciando a mortalidade materna no Brasil?

O estudo tem como objetivo identificar na literatura nacional os fatores de risco e agravos relacionados à mortalidade materna na última década.

MÉTODO

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, estabelecida respeitando as seguintes etapas: (i) formulação do problema da pesquisa; (ii) estabelecimento dos critérios para inclusão ou exclusão dos estudos; (iii) definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; (iv) avaliação dos dados; (v) interpretação dos resultados e; (vi) apresentação da revisão integrativa ou síntese do conhecimento analisado.

As buscas das evidências científicas foram realizadas por meio de um levantamento de dados bibliográficos na base de dados do SciELO-Brasil, utilizando os descritores oficiais, em português, disponibilizados pela interface da plataforma DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): Mortalidade Materna, Gestação e Fatores de Risco, interligados pelo operador *booleano* “AND” para favorecer a busca dos estudo. Este

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

operador booleano é incentivado em vários estudos de revisão integrativa da literatura porque facilita a indexação dos termos nas publicações.

Para a seleção das produções científicas, o pesquisador obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: estudos de diferentes abordagens metodológicas publicados entre o período de 2010 a 2020, sem restrições idiomáticas, disponíveis para download, informações relevantes sobre mortalidade materna. Como critérios de exclusão encontram-se: os estudos que não apresentam os fatores de riscos que implicam na mortalidade materna, teses, dissertações e monografias.

Para a coleta de dados das produções científicas selecionadas, foi elaborado um questionário semiestruturado, baseado em tabelas para organização dos dados contendo os componentes: autor principal, ano, título (Tabela 1), taxa de mortalidade materna (Óbitos por 100 mil nascidos vivos) por ano e localidade (Tabela 2) e objetivo abordado por estudo (Tabela 3).

Ao todo foram encontrados 27 artigos. Após análise dos títulos e conteúdo dos respectivos resumos foram excluídos 03 por não abordarem a mortalidade materna como tema central do estudo, totalizando assim 24 artigos.

Os resultados estão apresentados em tabelas para organização e apresentação da análise das produções científicas selecionadas e discutidos com a literatura pertinente.

RESULTADOS

A produção sobre o tema da mortalidade materna está sintetizada em três tabelas. A Tabela 1 apresenta todos os artigos incluídos na amostra para caracterização geral do estudo, apresentando: Autor principal, Ano de Publicação e Título do trabalho.

Tabela 1 – Relação dos artigos pesquisados segundo autor, periódico, ano de publicação e título, João Pessoa-PB, Brasil.

Autor Principal	Ano	Título
Ávila, W. S.	2010	Anticoagulaçãodurante Gravidez De Mulher Portadora De Cardiopatia

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Marinho, A. C. N.	2010	Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis
Cardoso,L. M.	2010	Morte materna: uma expressão da "questão social"
Reis, Z. S. N.	2011	Análise de indicadores da saúde materno-infantil: paralelos entre Portugal e Brasil
Correia, R. A.	2011	Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em recife, PE, Brasil (2000-2006)
Leite, R. M. B.	2011	Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do nordeste do Brasil
Nomura, R. M. Y.	2011	Resultados maternos e perinatais em gestantes portadoras de leucemia
Diniz D.	2012	Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres
Teixeira, N. Z. F.	2012	Mortalidade materna e sua interface com a raça em mato grosso
Carreno, I.	2012	Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no rio grande do sul, Brasil: 2004-2007
Alves, M. M. R.	2013	Causas externas e mortalidade materna: proposta de classificação
Gil, M. M.	2013	Declarações de óbitos de mulheres em idade fértil: busca por óbitos maternos
Martins, H. E. L.	2013	Mortalidade materna por hemorragia no estado de Santa Catarina, Brasil
Troncon, J. K.	2013	Mortalidade materna em um centro de referência do sudeste brasileiro
Souza, M. L.	2013	Mortalidade materna por hemorragia no Brasil
Szwarcwald, C. L.	2014	Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011
Carreno, I.	2014	Evolução temporal e distribuição espacial da morte materna
Dias, M. A. B.	2014	Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa nascer no Brasil
Souza, M. A. C.	2015	Fatores determinantes do Near miss materno em uma unidade de terapia intensiva obstétrica
Saintrain, S. V.	2016	Fatores associados à morte materna em unidade de terapia intensiva
Vidal, C. E. L.	2016	Morbidade materna grave na microrregião de Barbacena/MG
Silva, B. G. C.	2016	Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais
Martins, A. L.	2016	Nearmiss E Mulheres Negras
Mascarello, K. C.	2017	Complicações maternas e cesáreas sem indicação: revisão sistemática e meta-análise

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Dentro do período estudado, os valores mais baixos de RMM por ano variaram entre as regiões brasileiras. De 2010 a 2012, a região Sudeste apresentou os valores mais baixos do país. Já o maior índice, dentre as cinco regiões no período estudado, foi registrado no ano de 2014 na região Norte (93,6 por 100 mil nascidos vivos), enquanto

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

que o menor foi registrado no ano de 2013 na região Sul (36,6 por 100 mil nascidos vivos), como foi identificado mais detalhadamente na Tabela 2.

Tabela 2 - Taxa de mortalidade materna (Óbitos por 100 mil nascidos vivos) por Ano e Localidade.

Brasil e Grandes Regiões	**Ano**						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Brasil	72,4	68,9	61,8	59,3	62,1	63,8	62
Norte	84,4	78,4	74,7	73,2	83,8	93,6	76
Nordeste	82,5	83,3	77,9	72,7	82,4	77,9	75,3
Sudeste	64,4	56	48,7	46,5	50,1	53,9	54,3
Sul	61,1	62,8	50,4	54,5	36,6	41,7	43,7
Centro Oeste	75,6	77,2	68,2	64,3	62,5	60,2	65,9

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Observa-se que as questões relacionadas ao óbito materno também estão associadas aos problemas de desigualdade social e econômica, uma vez que nas regiões mais pobres são fatores substancialmente agravantes para o risco de adoecimento e morte na população feminina. Todos os anos, muitas mulheres morrem de complicações durante o ciclo gravídico puerperal, e das que sobrevivem às complicações, sofrem problemas graves de saúde[1].

Em sequência, na Tabela 3 são apresentados os principais temas abordados quanto aos fatores de risco e as causas da mortalidade materna, bem como o quantitativo de artigos relacionados.

Tabela 3- Distribuição dos objetivos das evidências científicas relacionadas à mortalidade materna na última década.

Objetivos	**Quantidade de artigos selecionados**
Investigar fatores de risco e causas da mortalidade materna.	11
Investigar mortes maternas por causas hemorrágicas e cardíacas.	04
Analisar a relação entre os óbitos maternos e a raça/cor.	02
Analisar os riscos de complicações maternas associadas ao parto cesárea.	02

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Identificar os fatores associados à morte materna em pacientes internadas em UTI.	02
Incidência de Near miss Materna.	02
Uso de Cytotec® e aborto relacionados a Mortalidade Materna.	01
TOTAL	24

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

DISCUSSÃO

Das evidências científicas que contemplaram o estudo, 11 estudos apontaram as causas obstétricas diretas como anormalidades da contração uterina e indiretas a hipertensão e infecção puerperal; 04 as causas hemorrágicas e cardíacas, incluindo tromboembolismo; 02 analisaram a relação entre o óbito materno com a variável raça/cor; 02 mencionaram o parto cesáreo; 02 relacionaram à morte materna com o internamento em unidade de terapia intensiva e 03 ao aborto.

No Brasil predominam as mortes maternas por causas obstétricas diretas, dentre elas, as síndromes hipertensivas específicas gestacionais (SHEG) e as síndromes hemorrágicas (SH). Estas e a infecção formam a "tríade mortal," contribuem para o aumento das taxas de mortalidade[3].

A relação entre o óbito materno com a variável raça/cor apresenta diferenças significativas quanto a gestante negra em relação à branca no que se refere à hipertensão crônica, baixa escolaridade, multiparidade e ocupação. Associado a estes, verifica-se a compleição insuficiente das condições econômicas, acessibilidade aos serviços de saúde, além das variações genéticas. Todos esses fatores tributam para as disparidades raciais[6].

No que se refere ao índice elevado de parto cesáreo, estudos alegam[7-8] que esta intervenção cirúrgica aumenta a morbidade e mortalidade materna e neonatal, configurando-se em maior risco para as mulheres, deixando-as vulneráveis a desenvolverem infecção da ferida operatória, hemorragia, necessitar de transfusão de sangue, realizar histerectomia, além da infecção pós-parto. Devido ao surgimento de um agravo desses citados, muitas vezes é necessário a internação em UTI. A prevalência de transferência de pacientes para este setor com complicações obstétricas varia de 0,04 a

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

4% [9-10]. Nem todas as pacientes com morbidade materna grave são internadas neste serviço, geralmente, os casos mais graves aparecem incluídos[9].

Outro problema relacionado à morte materna é o uso de Cytotec para provocar o aborto. As internações por abortamento na rede hospitalar do Sistema Único de saúde são indicativas da expressiva gravidade dos problemas que afetam a saúde sexual e reprodutiva da população feminina[11].

Diante dos achados, espera-se que os gestores se sensibilizem e busquem capacitar os profissionais de saúde que atuam na atenção ao pré-natal na Atenção Básica, para que realizem uma consulta eficaz, acolhendo a gestante, permitindo-a sentir-se segura e amparada para relatar em cada encontro as informações necessárias para que sejam conduzidas a um parto e puerpério seguro.

Para isso, se faz necessário que os profissionais de saúde acolham a gestante. Nesse acolhimento verificar se houve um planejamento familiar adequado, observar o sentimento que envolve a gestação atual, se há apoio familiar. Após essas ressalvas, iniciar a detecção e intervenção precoce dos riscos; sempre valorizando e estimulando à comunicação com a gestante, ouvindo suas queixas, realizando corretamente o preenchimento do cartão pré-natal, bem como, valorizar este instrumento, afinal ele apontará para o serviço secundário e terciário a presença ou não de riscos relacionados ao ciclo gravídico-puerperal[3].

As informações acima citadas ainda se fazem necessárias, pois a mortalidade materna ainda representa um problema de saúde pública, constituindo uma violação do direito humano à saúde. Conhecer o fator e a circunstância desse evento é fundamental para que haja um planejamento de estratégias públicas de saúde, com a finalidade de reduzir essas ocorrências[12]. A prevenção ainda é um grande desafio para os profissionais de enfermagem atuantes nos programas voltados para a redução dos índices de mortalidade materna[13].

Pois, as causas de morte materna são múltiplas. No Brasil, há o predomínio relacionado às doenças próprias do ciclo gravídico e puerperal[14]. Contudo, observa-se a

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

importância de investigar as infecções inflamatórias pélvicas (ICC), tidas como causas indiretas, já que é bastante presente como fator de risco[15].

Em algumas localidades do Brasil, como por exemplo, no estado da Paraíba, grande parte dos óbitos maternos ocorre nas classes desfavorecidas e, em sua maioria, são considerados evitáveis[16]. Informação que contraria o preconizado pela Lei n. 8.080, de 1990, a qual impõe que, a assistência ao usuário seja feita de forma integral, valorizando e averiguando os determinantes socioeconômicos que compreendem seu contexto de vida e saúde, estas informações devem ser levadas em consideração no momento da intervenção[13]. Mediante essa efetividade de assistência, a qual deverá ser iniciada no pré-natal, em sequência no parto e ao neonato, é que irá proporcionar qualidade e segurança ao binômio mãe-filho. Quanto melhor a assistência no pré-natal ofertada, menores os índices de complicações obstétricas[15].

Várias causas contribuem para a mortalidade das mulheres em idade reprodutiva, como o aborto, apesar dos índices apontarem o declínio desse ato no Brasil[13-17]. Além dele, sobreleva as infecções, hemorragias, doenças hipertensivas e as cardiomiopatias pós-parto. A incidência de morte materna em atividade reprodutiva encontra-se mais na faixa etária entre 20 e 39 anos[18]. Em regiões como o Norte, Nordeste e Centro-Oeste as mulheres indígenas e afrodescendentes apresentam alto índice para mortalidade materna[19-20].

Além das causas citadas acima, há preponderância das causas externas, como a violência na gravidez. O conhecimento da magnitude desse tipo de agravo é primordial para a prevenção e apoio ao gênero[21]. Para isso, torna-se necessário investigar e notificar corretamente os casos. No entanto, a notificação ainda se configura como um dos pontos críticos para a qualidade da informação e o conhecimento dos determinantes das mortes[22].

As diferenças causas de óbitos demonstram a necessidade de atenção devido à probabilidade de causas indiretas como fator principal. Preencher corretamente as fichas de investigação e a própria declaração de óbito torna-se primordial, pois é fonte de

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

informação para investigação, controle e possibilidade de ações estratégicas de combate e prevenção para a morte materna[15].

Para que seja reduzida a mortalidade materna, é necessário identificar as causas da morte, identificar as necessidades e deficiências que levam aos maus resultados obstétricos[23]. Visto que, pode ser resultado de vários determinantes. O diagnóstico e a tipificação são influenciados pela falta ou mau preenchimento e aplicabilidade de código inadequado aplicado no atestado de óbito[24].

Recomenda-se que todos os óbitos dessa procedência sejam investigados, no entanto, os estados estabelecem critérios de priorização que podem ser bastante heterogêneos[25], dificultando a estratificação das análises. Além disso, cabe destacar a importância dos gestores em investigar o processo do cuidado obstétrico que as mulheres estão sendo impostas nos serviços de saúde[26-27] e assim, adotar ações que possam melhorar a qualidade da assistência. Diante da importância do problema, aplica-se em muitos locais o near miss para investigar as causas e complicações durante gravidez, parto ou puerpério[10].

Sendo assim, reforça-se a implementação de ações educativas e assistenciais de acordo com o período gestacional, como também, a realização do número de consultas no pré-natal de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, para assim, não comprometer a qualidade do cuidado, pois diminui as oportunidades de intervenção precoce[9]. Já que, um dos problemas comuns vivenciados por muitas mulheres é a prematuridade, principalmente, nas que apresentam descolamento prematuro de placenta, hemorragia, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hipertensão grave e diabetes mellitus gestacional.

As situações citadas acima podem comprometer a saúde materna e fetal, existindo a necessidade de interromper de forma precoce a gestação[28]. Destaca-se que a maioria das mortes maternas pode ser evitada se os serviços de saúde realizassem uma assistência integral e interdisciplinar, desde o planejamento familiar, pré-natal, parto até

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

o puerpério, bem como uma conscientização por parte das mães da importância das consultas regulares nesses períodos[29].

Estudo afirma que durante a assistência ao pré-natal devem ser levadas em consideração as especificidades que existe em cada mulher, como por exemplo, a importância em analisar nas mulheres negras os fatores de risco não tradicionalmente considerados pelos profissionais de saúde, especialmente o estresse psicológico e social, que as mesmas convivem ou vivenciam em algum momento de sua vida[30].

Desta forma, se vê a necessidade de estudos que sintetizam o conhecimento acerca da frequência de complicações maternas associadas a todas as fases: gestação, parto e puerpério, o que ajudará no aconselhamento de mulheres que examinam as vantagens e desvantagens da assistência recebida, como também, no que tange os profissionais, o cuidado ofertado.

CONCLUSÃO

Diante da pesquisa realizada, é perceptível que a mortalidade materna ainda é um problema de saúde pública que merece atenção no Brasil e no mundo, já que foi reconhecida pela ONU como uma problemática a ser enfrentada, pois sua redução tem sido um desafio para a saúde e toda a sociedade.

O presente estudo possibilitou analisar a produção científica sobre a mortalidade materna e seus fatores de risco, como também a importância do tema abordado. Verificou-se que prevaleceu a região nordeste com mais estudos dentre as outras regiões do país, acredita-se que seja devido às desigualdades sociais e econômicas que esses estados enfrentam.

Por meio das leituras e reflexões das evidências científicas selecionadas, foi possível perceber também que a discussão dessa temática ainda é pequena frente à magnitude do problema. Torna-se necessário à realização de novos estudos sobre a prevenção e qualidade de vida da mulher no ciclo gravídico-puerperal, a fim de captar

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

de forma precoce os fatores de risco, o planejamento de intervenções em tempo oportuno, bem como fomentar a implementação de políticas públicas mais eficazes para a temática.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes BB, Nunes FBBF, Prudêncio PS, Mamede FV. Pesquisa epidemiológica dos óbitos maternos e o cumprimento do quinto objetivo de desenvolvimento do milênio. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2015; 36(SPE): 192-199.

2. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O, Moller AB, Daniels J et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet Global Health. 2014; 2 (6): 323-333.

3. Sousa DMN, Mendes IC, Oliveira ET, Chagas ACMA, Catunda HLO, Oriá MOB. Mortalidade materna por causas hipertensivas e hemorrágicas: análise epidemiológica de uma década. Revista Enfermagem UERJ, 2014; 22(4): 500-506.

4. Kastrup E, Marcelo R, Betina D, Analice B. Percepção de especialistas em saúde sobre a Agenda 2030. 2018.

5. Sousa, ESS; Medeiros AUR. Mortalidade materna declarada no estado da Paraíba: uma análise sobre os anos de 2006 a 2010 [trabalho de conclusão de curso de Medicina]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2012.

6. Pacheco VC, Silva JC, Mariussi AP, Lima MR, Ribeiro e Silva T. As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. Saúde em Debate, 2018; (42): 125-137.

7. Mascarello KC, Horta BL, Silveira MF. Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise. Revista de Saúde Pública. 2017; (51): 105.

8. Reis ZSN, Pereira AC, Correia RJC, Freitas JAS, Cabral ACV, Bernardes J. Análise de indicadores da saúde materno-infantil: paralelos entre Portugal e Brasil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2011; 33(9): 234-239.

9. Souza MAC, Souza HSC, Gonçalves AKS. Fatores determinantes do near miss materno em uma unidade de terapia intensiva obstétrica. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2015; 37(11): 498-504.

10. Saintrain SV, Oliveira JGR, Saintrain MVL, Bruno ZV, Borges JLN, Daher EF et al. Fatores associados à morte materna em unidade de terapia intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2016; 28(4): 397-404.

11. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa nacional de aborto 2016.Ciência & Saúde Coletiva. 2017; (22): 653-660.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

12. Ávila WS. Anticoagulação durante gravidez de mulher portadora de cardiopatia. Jornal Vascular Brasileiro, 2010; 9(1): 42-45.

13. Cardoso LM, Souza MMCF, Guimarães RUC. Morte materna: uma expressão da "questão social". Serv. Soc. Soc . São Paulo. 2010; 102: 244-268.

14. Martins HEL, Souza ML, Arzuaga-Salazar MA. Mortalidade materna por hemorragia no Estado de Santa Catarina, Brasil. Rev. Esc. Enferm USP. 2013; 47(5): 1025-1030.

15. Correia RA, Araújo HC, Furtado BMA, Bonfim C. Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006). Rev. Bras. Enferm. Brasília. 2011; 64(1): 91-97.

16. Marinho ACN, Paes NA. Mortalidade Materna no Estado da Paraíba: associação entre variáveis. Rev. Esc. de Enferm USP. 2010; 44(3): 732-738.

17. Leite RMB, Araújo TVB, Albuquerque RM, Andrade ARS, Duarte Neto PJ. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2011; 27(1): 1977-1985.

18. Nomura RMY, Igai AMK, Faciroli NC, Aguiar I N, Zugaib M. Resultados maternos e perinatais em gestantes portadoras de leucemia. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2011; 33(8): 174-181.

19. Teixeira NZF, Pereira WR, Barbosa DA, Vianna LAC. Mortalidade materna e sua interface com a raça Mato Grosso. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife. 2012; 12(1): 27-35.

20. Carreno I, Bonilha ALL, Costa JSD. Perfil epidemiológico das mortes maternas ocorridas no Rio Grande do Sul, Brasil: 2004-2007. Rev. Bras. Epidemiol. 2012; 15(2): 396-406.

21. Alves MMR, Alves SV, Antunes MBC, Santos DLP. Causas externas e mortalidade materna: proposta de classificação. Rev. Saúde Pública. 2013; 47(2): 283-291.

22. Gil MM, Gomes-Sponholz FA. Declarações de óbitos de mulheres em idade fértil: busca por óbitos maternos. Rev. Bras. Enferm. 2013; 66(3): 333-337.

23. Troncon JK, Quadros Netto DL, Rehder PM, Cecatti JG, Surita FG. Mortalidade materna em um centro de referências do Sudeste Brasileiro. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2013; 35(9): 388-393.

24. Souza ML, Laurenti R, Knobel R, Monticelli M, Brüggemann OM, Drake E. Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2013; 21(3): 711-718.

25. Szwarcwald CL, Escalante JJC, Rabello Neto DL, Souza Júnior PRB, Victora CG. Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2014; 30(Sup): S71-S83.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

26. Carreno I, Bonilha ALL, Costa JSD. Evolução temporal e distribuição espacial da morte materna. Rev. Saúde Pública. 2014; 4(48): 662-670.

27. Dias MAB, Domingues RMSM, Schilithz AOC, Pereira MN, Diniz CSG, Brum IR et al. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2014; 30(Sup): S169-S181.

28. Vidal CEL, Carvalho MAB, Grimaldi IR, Reis MC, Baêta MCN, Garcia RB et al. Morbidade materna grave na microrregião de Barbacena/MG. Cad. Saúde Colet. 2016; 24(2): 131-138.

29. Silva BGC, Lima NP, Silva SG, Antúnez SF, Seerigi LM, Méndez MCR et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendências temporal e diferenças regionais. Rev. Bras. Epidemio. 2016; 19(3): 484-493.

30. Martins AL. Near miss e mulheres negras. Saúde e Sociedade, São Paulo. 2016; 25(3): 573-588.

CAPÍTULO XIV

IMPLICAÇÕES MATERNAS E FETAIS ASSOCIADAS AO MIOMA NA GRAVIDEZ

Alexon Melgaco Racilan[71]; Barbara Letícia Andrade Vieira[72];
Gabriel Debortoli Fernandes[73]; Daniela Veloso Gomes[74];
Marina Teixeira de Sousa[75]; Vittoria Maria Silva Pedrosa[76].
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-14

RESUMO:
Métodos: Este estudo trata-se de revisão de literatura incluindo artigos cujo texto completo está disponível online. As pesquisas foram realizadas nos meses de abril e março de 2021. Na metodologia da pesquisa foram analisados artigos científicos. A busca foi realizada nas bases de dados Scielo, Pubmed e UpToDate. Utilizaram-se descritores em português e seus correspondentes em inglês: “Miomatose”, “Miomatose na Gravidez”, “Complicação da miomatose na gravidez”, entre outros. Dentre a gama de literatura encontrada, foram selecionados 25 artigos. Fontes e descritores foram selecionados visando enfocar artigos que referiam aos impactos da miomatose na gravidez, sem delimitar seu ano de publicação. Objetivo: O objetivo do estudo foi investigar a associação e influência de miomas uterinos com complicação na gravidez. Resultados: Os miomas uterinos têm uma grande prevalência entre as mulheres em idade fértil e aumenta sua incidência com a idade. Como atualmente se observa um início gestacional mais tardio tem aumentado também a taxa de miomatose na gravidez. Essa associação muitas vezes não acarreta intercorrência durante a gravidez. Mas dependendo do tamanha, localização ou quantidade dos miomas podem vir a contribuir para o aumento de algumas complicações. Conclusão: Diferentes características de miomas afetam o resultado da gravidez, que podem vir a apresentar um aumento de dor, trabalho de parto prematuro, má apresentação fetal, descolamento prematuro da placenta e taxa de partos Cesáreo.
PALAVRAS-CHAVE: Gravidez. Mioma. Feto. Cuidados Pré-Natais. Útero.

71 Graduanda em Medicina pela Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), Vespasiano, MG, Brasil. E-mail: alexonracilan@gmail.com
72 Graduanda em Medicina pela Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), Vespasiano, MG, Brasil. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-9750-6312. E-mail: bavieir07@gmail.com
73 Graduanda em Medicina pela Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), Vespasiano, MG, Brasil. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-7184-1497. E-mail: gabrieldfmed@gamil.com.
74 Médico ginecologista e obstetra pelo Hospital Mater Dei e Professor de ginecologia da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), Vespasiano, MG, Brasil. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-2630-5932. E-mail: velosogdaniela@gmail.com
75 Graduanda em Medicina pela Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), Vespasiano, MG, Brasil. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5241-6580. E-mail: marinateixeira371@gmail.com
76 Graduanda em Medicina pela Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), Vespasiano, MG, Brasil. Orcid: https://orcid.org/ 0000-0003-4011-4347. E-mail: vittoriapedrosa@gmail.com.

MATERNAL AND FETAL IMPLICATIONS ASSOCIATED WITH MYOMA IN PREGNANCY

ABSTRACT:
Methods: This study is a literature review including articles whose full text is available online. In the research methodology scientific articles were analyzed in the “Scielo”, “Pubmed” and “UpToDate” databases. Descriptors in Portuguese and their corresponding in English were used: "Myomatosis", "Myomatosis in Pregnancy" and "Complication of myomatosis in pregnancy". Among the range of literature found, 25 articles were selected. Sources and descriptors were selected aiming to focus on articles that referred to the impacts of myomatosis in pregnancy, without delimiting the year of publication. Objective: The aim of the study was to investigate the association and influence of uterine myomas with complication in pregnancy. Results: Uterine fibroids have a high prevalence among women of childbearing age and increase their incidence with age. As currently a later gestational onset is observed, the rate of myomatosis in pregnancy has also increased. This association often does not cause complications during pregnancy. However, depending on the size, location or quantity of the myomas, they may contribute to the increase of some complications. Conclusion: Different characteristics of myomas affect the outcome of the pregnancy, which may have an increase in pain, premature labor, abnormal fetal presentation, placental abruption and Cesarean delivery rate.
KEYWORDS: Pregnancy. Fibroids. Fetus. Prenatal Care. Uterus.

INTRODUÇÃO

Miomas (ou leiomiomas) uterinos são a principal causa de tumor pélvico em mulheres[1]. Os miomas são tumores monoclonais, benignos e hormonalmente responsivos, que surgem a partir das células musculares lisas e de fibroblastos do endométrio. A prevalência do leiomioma uterino chega a 80% em mulheres em idade fértil[2] e varia entre 1,6 e 10,7 %[3] em mulheres grávidas. Estes tumores são descritos de acordo com sua localização no útero, embora muitos miomas tenham mais de uma designação de localização. O sistema da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO)[4] classifica os miomas em: Intramurais (FIGO[3,4,5]), localizados dentro da parede uterina e com potencial de crescimento suficiente para distorcer a cavidade uterina ou a superfície serosa, podendo ainda ser transmurais, quando se estendem da camada serosa até a superfície mucosa. O segundo tipo diz respeito aos Submucosos (FIGO[0,1,2]), que são derivados de células miometriais logo abaixo do

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

endométrio e se projetam para a cavidade uterina. Os Miomas Subserosos (FIGO[6,7]) se originam do miométrio, na superfície serosa do útero. Por fim, os Miomas Cervicais (FIGO[8]), são localizados na cérvice uterina. Uma vez que são tumores comuns entre mulheres em idade reprodutiva, os impactos potenciais dos miomas na gravidez são uma preocupação clínica frequente.

A maioria das mulheres com miomas não têm complicações durante a gravidez relacionadas aos tumores. O problema mais comum é a dor, e existe um risco ligeiramente elevado de complicações obstétricas, como parto prematuro, má apresentação fetal e descolamento prematuro da placenta. A incidência de miomas é maior em mulheres negras do que em brancas e aumenta com a idade materna.[(5)] O aumento da paridade e a duração prolongada da amamentação estão associados a uma pequena, mas estatisticamente significativa redução na prevalência.[(6)]

Tendo em vista que o conhecimento sobre os impactos das miomatoses sobre a gravidez possa ter repercussões significativas no desfecho dos trabalhos de parto, torna-se fundamental um maior entendimento sobre o assunto para que o planejamento e curso da gravidez sejam melhor auxiliados.

Este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica para apresentar as principais implicações das miomatoses uterinas em mulheres grávidas.

DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Este estudo trata-se de revisão de literatura incluindo artigos cujo texto completo está disponível online. As pesquisas foram realizadas nos meses de abril e maio de 2021. Na metodologia da pesquisa foram analisados artigos, Trabalhos de Conclusão de Curso e reportagens. A busca foi realizada nas bases de dados Scielo, Pubmed e UpToDate. Utilizaram-se descritores em português e seus correspondentes em inglês: “Miomatose”, “Miomatose na Gravidez”, “Complicação da miomatose na gravidez”, entre outros. Dentre a gama de literatura encontrada, foram selecionados 25

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

artigos. Fontes e descritores foram selecionados visando enfocar artigos que referiam aos impactos da miomatose na gravidez, sem delimitar seu ano de publicação.

ANÁLISE

Foram analisados dados em diferentes referenciais para chegar aos resultados do presente trabalho.

Jam et al (2021) avaliou 121 pacientes com 179 gestações com objetivo de identificar a influência de diferentes características dos miomas no desfecho da gravidez. Sua pesquisa constatou que o parto prematuro foi mais provável em pacientes com miomas múltiplos em comparação com miomas únicos. Além disso, a localização do mioma teve um efeito importante sobre o tipo de parto, com uma taxa de cesariana mais alta para miomas na parte inferior do útero do que no corpo do útero. O aumento do tamanho do mioma também foi associado a maiores taxas de hemorragia e maiores taxas de admissões por dor relacionada a miomas.[7] Quanto à dor, um estudo de revisão da literatura concluiu que a dor fibróide geralmente se apresenta no final do primeiro ou no início do segundo trimestre, o que corresponde ao período de maior crescimento do mioma e também pode resultar da obstrução parcial dos vasos que irrigam o mioma à medida que o útero cresce e muda sua orientação.[8]

Outro grande estudo transversal retrospectivo de 112.403 partos foi realizado na China, comparando os resultados da gravidez em mulheres com e sem miomas uterinos que se submeteram a ultrassonografia obstétrica de segundo trimestre, durante 18 a 22 semanas. Os desfechos obstétricos incluíram parto cesáreo, apresentação pélvica, parto prematuro, placenta prévia, descolamento prematuro da placenta, ruptura prematura de membranas e peso ao nascer neonatal. No estudo, foi identificado pelo menos 1 mioma em 2,68% das mulheres. A presença de miomas uterinos foi significativamente associada ao parto cesáreo. As taxas de hemorragia pós-parto foram significativamente maiores de acordo com o aumento do tamanho do mioma e a

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

localização do tumor também teve um impacto significativo no risco de hemorragia pós-parto (5,6% subserosos vs, 4.7% submucos vs 8,6% instramural).[9]

Obtendo uma conclusão parecida, Egbe et al 2021) demonstra em seus resultados um aumento de parto cesáreo, baixo índice de apgar e hemorragia pós-parto como resultados adversos decorrente da miomatose na gravidez.[10]

Karlesen et al 2021) fez um estudo de coorte histórico baseado em dados da Dinamarca, com 92696 gestações e também evidenciou uma forte associação entre miomas uterinos clinicamente significativos e parto prematuro.[11]

Por outro lado, Zhao et al (2021) com o objetivo de determinar se os miomas ou suas características estão associadas ao peso ao nascer e / ou idade gestacional e avaliar o impacto da raça ou etnia. Concluiu que Raça ou etnia confundem substancialmente as associações. A crença clínica de que os miomas uterinos prejudicam o crescimento fetal é sustentada apenas por uma diminuição significativa do peso ao nascer para mulheres com múltiplos miomas.[12]

Complementando a pesquisa com uma relação entre crescimento miometrial e sexo do feto, Carpini et al (2020), realizou um estudo com 157 mulheres, no qual 87 destas tinham feto masculino e 70 tinham feto feminino. O estudo concluiu que mulheres com feto feminino parecem apresentar maior crescimento de miomas até o segundo trimestre da gravidez. Este processo pode ser mediado pelos níveis séricos mais elevados de hCG encontrados em mulheres grávidas.[13]

Outro estudo realizado em 2019 demonstra que os miomas não têm efeito sobre os resultados da gravidez. No entanto, em casos raros, os leiomiomas uterinos podem levar a complicações obstétricas. [14]

Segundo Cagan et al (2020), os Miomas uterinos de pequeno tamanho parecem não ter nenhum efeito adverso sobre os resultados da gravidez, mesmo em gestações de alto risco, e a miomectomia cesariana pode ser realizada com segurança em casos devidamente selecionados.[15]

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Sundermann et al (2017) confirma através de uma revisão sistemática que a presença de leiomioma não foi associada a risco aumentado de aborto espontâneo em uma análise de mais de 20.000 gestantes.[16]

Por fim, Dever et al (2020), sugerem em seus achados que gestações com miomas uterinos apresentam risco aumentado de complicações. Além disso, foi observado também que miomas localizados na parte posterior com diâmetro superior a 30 mm estão associados a dor pélvica intensa em comparação aos miomas localizados na parte anterior.[17]

DISCUSSÃO

Os miomas uterinos são tumores benignos do músculo liso do útero e são muito comuns em mulheres em idade reprodutiva. A leiomiomatose uterina durante a gravidez é mais frequente na atualidade do que no passado. Um dos motivos seria a tendência atual das mulheres em postergar suas gestações para o extremo superior de sua vida reprodutiva, sobretudo após os 30 anos, ocasião em que os leiomiomas são mais comuns. Outra razão seria a difusão da ultrassonografia obstétrica durante o pré-natal. Anos atrás, este diagnóstico na gestação era feito clinicamente e somente grandes leiomiomas palpáveis ou com complicações eram detectados e, consequentemente, estavam associados a pior prognóstico. O tratamento cirúrgico era, dessa forma, frequentemente empregado. Atualmente, porém, com a identificação de muitos casos pouco sintomáticos ou assintomáticos de diagnóstico exclusivo ultra-sonográfico, o acompanhamento clínico ambulatorial é suficiente na maioria das vezes e a cirurgia não é uma constante na abordagem dos leiomiomas durante a gravidez.

Para a maioria das mulheres, os miomas são totalmente assintomáticos. No entanto, muitos pacientes apresentaram sintomas, incluindo sangramento uterino anormal, com sangramento menstrual intenso ou prolongado, sintomas de pressão ou volume devido ao efeito de massa, problemas de fertilidade e / ou dor.[18]

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

A maioria das mulheres grávidas com miomas não apresenta complicações durante a gravidez relacionadas aos tumores. A dor é o problema mais comum e pode haver um risco ligeiramente aumentado de complicações obstétricas, como trabalho de parto prematuro, má apresentação fetal, descolamento prematuro da placenta.[19]

Em relação ao aborto, um estudo teve resultado divergente dos demais, concluindo que a miomatose não foi associada a risco aumentado de aborto espontâneo.

Quanto ao tipo de parto, foi identificado nos estudos que os miomas aumentam as taxas de cesarianas, principalmente quando estão localizados na parte inferior do útero. Assim como estão correlacionados com um aumento de hemorragia pós parto.

As complicações na gravidez que estão associadas com miomas dependem de uma série de fatores, como, idade gestacional no diagnóstico e características de miomas (número, tamanho, localização [fundo, segmento uterino inferior], tipo [submucosa, intramural, subserosa; pediculada ou séssil].[19]

Dentre as possíveis complicações além do destaque da dor que está relacionada a degeneração ou torção do mioma, pode se associar um risco ligeiramente aumentado de aborto, que se associa quando o mioma é submucoso e raramente no intramural, trabalho de parto prematuro, má apresentação fetal e descolamento prematuro da placenta, também são complicações possíveis, mas alguns estudos não mostram um risco aumentado de eventos adversos.

A mudança no tamanho dos miomas pode ser afetada pela mudança nos níveis hormonais e pelas alterações fisiológicas da gravidez (de estrogênio e progesterona no fluxo sanguíneo uterino e, possivelmente, nos níveis de gonadotrofina coriônica humana) [19]. Nesse aspecto, os estudos observados relataram uma pequena associação entre o crescimento do mioma e o sexo do feto, uma vez que mulheres gravidas com bebês do sexo feminino tiveram um crescimento maior do mioma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A miomatose pode acarretar algumas possíveis complicações na gravidez, isso dependendo do tamanho, classificação e quantidade dos miomas. Atualmente possuímos exames auxiliares que fazem o diagnóstico precoce da miomatose, tendo em vista os riscos que alguns tipos específicos podem acarretar é importante ter conhecimento sobre eles, assim como ficar atento a possíveis complicações, com intuído de prevenir os riscos.

REFERÊNCIAS

1. Baird DD, Dunson DB, Hill MC, Cousins D, Schectman JM. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. Am J Obstet Gynecol. 2003;188(1):100-107. doi:10.1067/mob.2003.99

2. Oliveira Brito LG, Malzone-Lott DA, Sandoval Fagundes MF, Magnani PS, Fernandes Arouca MA, Poli-Neto OB, et al. Translation and validation of the Uterine Fibroid Symptom and Quality of Life (UFS-QOL) questionnaire for the Brazilian Portuguese language. Sao Paulo Med J. 2017 Mar 13;135(2):107-15.

3. Oliveira, L P; Santos, L C C; Gomes, C H R; Xavier, É R A; Neres, L J S; Soares, J C; Lopes, L F C; Fernandes, L V P; Santos, T V. Avaliação dos cuidados paliativos para uma boa morte: percepção dos cuidadores de pacientes com câncer. Revista Médica de Minas Gerais, Montes Claros, v. 30, n. 30108, p. 1-2, jun. 2020. Semanal. Disponível em: http://www.rmmg.org/conteudo/2. Acesso em: 20 maio 2021.

4. Munro MG, Critchley HO, Fraser IS; FIGO Menstrual Disorders Working Group. The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. Fertil Steril. 2011 Jun;95(7):2204-8, 2208.e1-3. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.03.079. Epub 2011 Apr 15. PMID: 21496802.

5. Laughlin SK, Baird DD, Savitz DA, Herring AH, Hartmann KE. Prevalence of uterine leiomyomas in the first trimester of pregnancy: an ultrasound-screening study. Obstet Gynecol. 2009 Mar;113(3):630-635. doi: 10.1097/AOG.0b013e318197bbaf. PMID: 19300327; PMCID: PMC3384531.

6. Terry KL, De Vivo I, Hankinson SE, Missmer SA. Reproductive characteristics and risk of uterine leiomyomata. Fertil Steril. 2010 Dec;94(7):2703-7. doi: 10.1016/j.fertnstert.2010.04.065. Epub 2010 Jun 8. PMID: 20627243; PMCID: PMC2956020.

7. LAM, Sarah-Jane; BEST, Sunayna; KUMAR, Sailesh. The impact of fibroid characteristics on pregnancy outcome. American Journal Of Obstetrics And Gynecology, [S.L.], v. 211, n. 4, p. 1-18, out. 2014. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2014.03.066

8. PARKER, William H.. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas. Fertility And Sterility, [S.L.], v. 87, n. 4, p. 725-736, abr. 2007. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.01.093.

9. Zhao R, Wang X, Zou L, Li G, Chen Y, Li C, et al. Resultados obstétricos adversos em mulheres grávidas com miomas uterinos na China: uma pesquisa multicêntrica envolvendo 112.403 partos. PLoS ONE. 14 de novembro de 2017; 12 (11): e0187821. DOI 10.1371 / journal.pone.0187821. Disponivel em: ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5685483/

10. Laughlin SK, Baird DD, Savitz DA, Herring AH, Hartmann KE. Prevalence of Uterine Leiomyomas in the First Trimester of Pregnancy. Obstetrics & Gynecology. 2009 Mar;113(3):630-5.

11. karlsen k, Schiøler Kesmodel U, Mogensen O, Humaidan P, Ravn P. Relationship between a uterine fibroid diagnosis and the risk of adverse obstetrical outcomes: a cohort study. BMJ Open. 2020 Feb;10(2):e032104.

12. Zhao Sifang, et al. Associação de miomas uterinos com peso ao nascer e idade gestacional. Anais de Epidemiologia [Internet]. 2020 Jun 12 [cited 2021 May 5];50(2):35-40. DOI https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2020.06.012. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1047279720302143?via%3Dihub

13. CARPINI, Giovanni Delli; VERDECCHIA, Valeria; PAPICCIO, Maria; GRELLONI, Camilla; CIAVATTINI, Andrea. Comparison of uterine fibroids' growth pattern during pregnancy according to fetal sex: an observational study. Biology Of Sex Differences, [S.L.], v. 10, n. 1, p. 1-7, 27 nov. 2019. Springer Science and Business Media LLC. http://dx.doi.org/10.1186/s13293-019-0266-2.

14. CHILL, Henry Hillel; KARAVANI, Gilad; RACHMANI, Talya; DIOR, Uri; TADMOR, Ofer; SHUSHAN, Asher. Growth pattern of uterine leiomyoma along pregnancy. Bmc Women'S Health, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 1-5, 22 jul. 2019. Springer Science and Business Media LLC. http://dx.doi.org/10.1186/s12905-019-0803-5.

15. Cagan M, Tanacan A, Donmez HG, Fadiloglu E, Unal C, Beksac MS. The Effect of Small Size Uterine Fibroids on Pregnancy Outcomes in High-risk Pregnancies. Rev Bras Ginecol Obstet. 2020 Sep;42(09):535-9.

16. SUNDERMANN, Alexandra C.; EDWARDS, Digna R. Velez; BRAY, Michael J.; JONES, Sarah H.; LATHAM, Sanura M.; HARTMANN, Katherine E.. Leiomyomas in Pregnancy and Spontaneous Abortion. Obstetrics & Gynecology, [S.L.], v. 130, n. 5, p. 1065-1072, nov. 2017. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000002313

17. Cagan M, Tanacan A, Donmez HG, Fadiloglu E, Unal C, Beksac MS. The Effect of Small Size Uterine Fibroids on Pregnancy Outcomes in High-risk Pregnancies. Rev Bras Ginecol Obstet. 2020 Sep;42(09):535-9.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

18. Ouyang, D. et al. (2021). Uterine fibroids (leiomyomas): Inssues in pregnancy. In Charles L. (Ed.), *Up ToDate.*

19. Stewart, E. (2021). Uterine fibroids (leiomyomas): Treatment overview. In Robert B. (Ed.), *Up ToDate*.

CAPÍTULO XV

LINHA DE FRENTE: GRADUANDOS DE ENFERMAGEM NO COMBATE AO CORONAVÍRUS EM MATERNIDADE DE REFERÊNCIA

Ísis de Siqueira Silva[77]; Pedro Bezerra Xavier[78];
Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca[79]; Gilberto Safra[80];
Jank Landy Simôa Almeida[81]; Rosangela Vidal de Negreiros[82].
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-15

RESUMO:
Objetivo: Compartilhar a experiência da atuação de estudantes de graduação em Enfermagem durante estágio extracurricular em uma maternidade referência para COVID-19. Método: Relato de experiência com caráter de pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, realizada no período de maio a agosto de 2020. Resultados: Os graduandos de enfermagem têm a responsabilidade de identificar os sinais e sintomas de síndrome gripal e decidir a conduta pertinente sob a supervisão de um enfermeiro, informando à equipe da triagem sobre os casos, e aos pacientes sobre a suspeita de infecção por COVID-19. Os desafios inerentes à prática profissional, proporciona ao graduando uma visão realista da aplicabilidade da profissão, assim como as dificuldades para a execução das atividades de enfermagem. Considerações finais: O programa "O Brasil Conta Comigo" tem contribuído para o crescimento dos graduandos. A experiência adquirida durante a vigência do estágio proporcionou aos alunos a percepção clínica e a vivência da realidade do contexto assistencial em meio a uma pandemia, contribuindo na construção do perfil profissional baseado em atitudes proativas.
PALAVRAS-CHAVE: Coronavírus. Maternidade. Enfermagem. Estágio Clínico. Pandemia.

77 Graduanda em enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande-UFCG, Campina Grande-PB, Brasil. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-2403-2504. E-mail: isis1998.siqueira.silva@gmail.com.
78 Mestrando em Saúde Coletiva - UFRN; Enfermeiro pela Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande-PB, Brasil. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-4212-1551. E-mail: pedrobx37@gmail.com.
79 Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB; Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal de Alagoas - UFAL. Professor da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Enfermeiro da Universidade Federal da Paraíba lotado na Clínica Obstétrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley. João Pessoa-PB, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6372-2332. E-mail: emanuelnrf1975@gmail.com.
80 Doutor em Psicologia pela Universidade de São Paulo - USP. Professor do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo – USP. São Paulo – SP, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5572-5071. E-mail: iamsafra@yahoo.com.
81 Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB; Especialista em Serviços de Saúde Pública e Auditoria em Serviços de Saúde. Professor da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Campina Grande – PB, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8466-4880. E-mail: jankalmeida@gmail.com.
82 Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Professora da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Campina Grande-PB, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7242-6447. E-mail: negreiros.vidal@hotmail.com.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

FRONT LINE: NURSING UNDERGRADUATE STUDENTS IN THE FIGHT AGAINST CORONAVIRUS AT A REFERENCE MATERNITY HOSPITAL

ABSTRACT:
Aim: Sharing an experience about the Nursing undergraduate students' performance during the extracurricular internship at a reference maternity hospital for COVID-19. Method: An experience report by a descriptive research character, using a qualitative approach, conducted in the period from May to August of 2020. Results: The Nursing undergraduate students have the responsibility for identifying the signs and symptoms of the flu syndrome and for deciding a pertinent procedure under the supervision of a nurse, informing the triage team about the cases, as well as the patients about the suspicion of infection with COVID-19. The inherent challenges for the professional practice provide a realistic view on the applicability of the profession to the undergraduate student, as well as the difficulties to perform the activities in Nursing. Concluding remarks: "O Brasil Conta Comigo" ("Brazil counts on me") program has contributed for the undergraduate students' development. The experience gained during the internship provided to the students the clinical perception and the life experience of the reality of the care context in the midst of pandemic, contributing for the construction of professional profile based on proactive attitudes.
KEYWORDS: Coronavirus. Maternity hospital. Nursing. Clinical Internship. Pandemic.

INTRODUÇÃO

O vírus causador da COVID-19, o sars-cov-2, instaurou no mundo uma pandemia de proporções comparáveis às pestes espanhola e bubônica. O conhecimento atual sobre a infecção e suas consequências ainda é limitado, sua prevenção tem sido a principal forma de controle. Medidas de isolamento social, tais como cancelamento de atividades que gerem aglomeração, proibição de acesso a locais com grande circulação de pessoas, são exemplos de medidas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), divulgadas amplamente pela mídia. Assim, a população do mundo precisou se adaptar, intensificar ou adquirir hábitos de prevenção e controle da virose[1].

O enfrentamento da pandemia do novo coronavírus faz parte das funções essenciais da Saúde Pública por meio de ações voltadas para a população ou para grupos com maior risco de contaminação, citam-se as gestantes, puérperas e mulheres que tiveram aborto. Os serviços de saúde foram adaptados para receber os casos de COVID-

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

19, e com isso ofereceu-se a possibilidade de estudantes voluntários do último ano de graduação em cursos da saúde, como enfermagem, a fazerem parte da equipe de saúde deste cenário[1].

A alta infectividade do vírus, a grande proporção de portadores assintomáticos, a inexistência de vacina e de terapia medicamentosa específica comprovadamente eficaz, a insuficiente cobertura de testes diagnósticos, a prolongada duração dos quadros clínicos, e as experiências prévias de outros países, justificam as medidas de isolamento social e a manutenção da atividade apenas de serviços considerados essenciais para a sociedade.

Os serviços de enfermagem foram intensificados visando melhor enfrentamento da pandemia. Neste sentido, sendo a única maternidade pública municipal e a referência para gestação de alto risco em Campina Grande- PB, assim como também para 127 municípios de pactuação integrada de serviços em saúde o Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) atende cerca de 625 partos/mês, e foi portanto escolhido como referência para atendimento às mulheres com COVID-19 no ciclo gravídico puerperal[2].

Com o aumento da demanda assistencial, e com o afastamento preventivo de profissionais de grupos de risco, assim como também dos trabalhadores infectados, o Ministério da Saúde propôs a aproximação, sobretudo de alunos do último ano dos cursos da área da saúde, com a realidade no enfrentamento ao COVID-19, bem como a continuidade de atividades que pudessem contribuir com a prática acadêmica, diminuindo os danos causados pela descontinuidade das atividades regulares nas universidades e instituições de ensino.

Destarte, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Curso de Graduação em Enfermagem, prezam pela formação crítico-reflexiva embasada na aquisição de competências como a tomada de decisões e o desenvolvimento de ações de prevenção de riscos, agravos e doenças e de promoção, proteção e reabilitação da saúde. Para além destas, preza pelo desenvolvimento de competências de liderança, comunicação, administração e gerenciamento[3].

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

No tocante ao desenvolvimento dessas habilidades e competências, o estágio prático acadêmico tem destaque na aprendizagem significativa de formação profissional, que resulta na aprendizagem significativa para o estudante[4]. Este constitui-se momento de desenvolvimento e sedimentação de habilidades cognitivas e atitudinais[5].

A estratégia "O Brasil Conta Comigo", coordenada pelos Ministérios da Educação e da Saúde, tem o objetivo de fortalecer o enfrentamento ao novo coronavírus com o apoio excepcional e temporário dos alunos da área de saúde; sendo estes supervisionados por profissionais graduados na mesma área de formação. Acrescenta-se que os estudantes que participam da iniciativa recebem uma bolsa no valor de um salário mínimo para estágio supervisionado de 40 horas, ou meio salário mínimo para estágio de 20 horas, além de documento certificado[6].

Partindo-se desses pressupostos e atribuindo a devida importância da aproximação entre a prática profissional e a graduação em enfermagem, este estudo teve como objetivo compartilhar a experiência da atuação de estudantes de graduação em Enfermagem durante estágio extracurricular em uma maternidade referência para COVID-19.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, com abordagem qualitativa, realizado no período de maio a agosto de 2020. Um relato de experiência pertence ao domínio social, fazendo parte das experiências humanas, devendo conter tanto impressões observadas quanto conjecturadas. Este tipo de estudo é importante para a descrição de uma vivência particular que suscitou reflexões novas sobre um fenômeno específico[7].

O percurso metodológico foi baseado na Teoria de Intervenção Práxica de Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), a partir do emprego da sistematização dinâmica no processo de captar e interpretar um fenômeno relacionado às produções e

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

reproduções sociais no tocante ao processo saúde-doença da sociedade. Esta teoria foi escolhida pela premissa de que a captação da realidade está imbuída da necessidade do conhecimento desta realidade. Isto a partir de uma aproximação e não, todavia, de um conhecimento total da mesma, posto que o contexto social é dinâmico, e por isso há a necessidade de sempre ser revisitado[8].

A percepção e o conhecimento da realidade possibilitam ao estudante, em cada disciplina, definir o que é primordial ao momento, consubstanciando as ações presentes, mas também incitando a necessidade do aprimoramento e aprofundamento posterior daquela modalidade de conhecimento e assistência[8].

Neste sentido, a TIPESC almeja aproximar o ensino da graduação em enfermagem com os serviços em saúde, fortalecendo as ações acadêmicas de construção de práxis e assistência de qualidade aos pacientes. Em um momento de alta demanda de profissionais capacitados para lidar com a pandemia da COVID-19, os discentes estão tendo a oportunidade de aprender na prática durante a graduação.

ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de um relato de experiência, não houve necessidade de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, no entanto, as instituições envolvidas, pacientes e os estudantes foram resguardados em sua individualidade.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

A experiência a seguir foi vivenciada em formato de plantões, e descritas por graduandos do último ano do curso de enfermagem durante o estágio no programa do Ministério da Saúde “O Brasil Conta Comigo”. O estudo foi desenvolvido no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida, em Campina Grande- PB.

De acordo com o protocolo institucional, antes de entrar no hospital, todas as gestantes e acompanhantes que chegam ao ISEA devem ser investigadas para COVID-

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

19 (figura 1), inclusive casos que chegam em ambulâncias. Esta investigação é realizada na pré-triagem, na qual identifica-se a presença de sintomas característicos da doença.

Tão logo seja identificado um caso de gestante com sintomas sugestivos de COVID-19 (febre ou sintomas respiratórios como coriza, congestão nasal, tosse seca, escarro, dispneia) essa paciente deve ser identificada e encaminhada ao setor de triagem e internação, o CPN (Centro de Parto Normal), a entrada deve ser realizada pela porta externa do CPN.

Pacientes sem nenhum sinal ou sintoma respiratório poderão dar entrada na recepção do ISEA após essa triagem inicial por check-list, para receber o atendimento habitual.

A entrada de acompanhantes durante a triagem não é permitida, apenas em caso de internação a paciente tem direito a um acompanhante, que não poderá ser substituído, exceto em caso de adoecimento

Quando direcionada ao CPN, é realizada a triagem específica com acolhimento e classificação de risco pela enfermeira, devidamente protegida por Equipamentos de Proteção Individual – EPI, será acionado o médico plantonista que deverá comparecer à triagem do CPN para avaliação (figura 2).

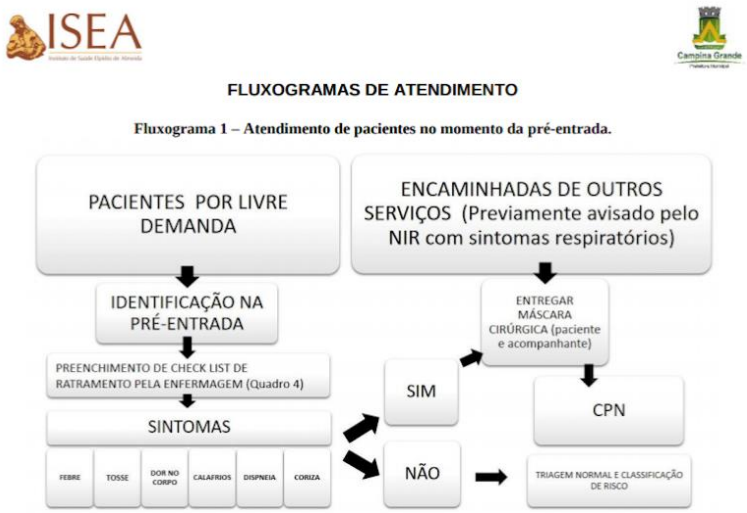
O profissional aplica o checklist específico para revisar a história clínica, pesquisar os sintomas, abrir protocolo para definição de caso e classificar a infecção de acordo com os critérios de gravidade. Havendo indicação de testes para COVID-19, o laboratório será imediatamente acionado e o técnico deverá comparecer ao CPN.

Durante o atendimento no isolamento, a gestante deve ser classificada de acordo com a gravidade, que pode ser: Infecção assintomática ou pré-sintomática, Doença leve, Doença moderada, Doença grave, Doença crítica, a depender do quadro clínico. Após a classificação de gravidade, a paciente pode receber as orientações e ficar em isolamento domiciliar por 14 dias, devendo retornar caso se sinta pior, ficar internada em um dos

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

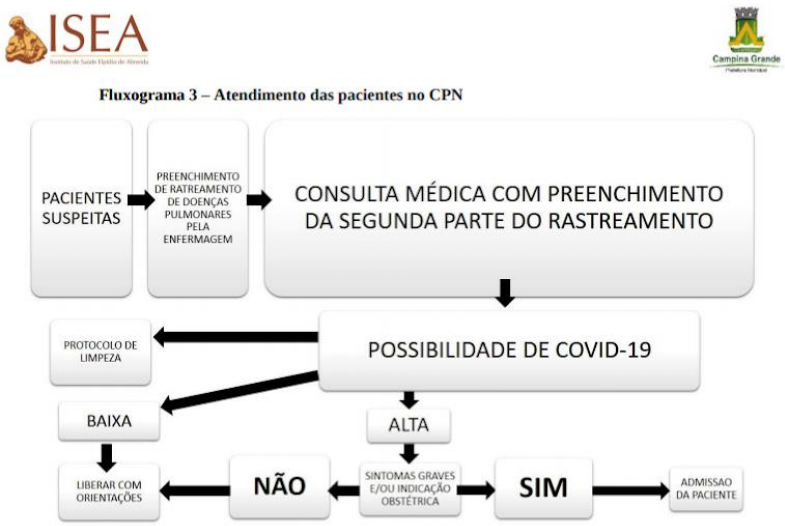
quartos do CPN, ser encaminhada para a UTI materna, e em caso de puérperas, ser internada na enfermaria de isolamento para casos de COVID-19.

Figura 1: Fluxograma de atendimento na pré-triagem do ISEA.



Fonte: Protocolo Institucional-ISEA

Figura 2: Fluxograma das pacientes suspeitas de COVID-19.



Fonte: Protocolo Institucional-ISEA

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

A receptividade e comprometimento dos profissionais de saúde foram peças fundamentais no decorrer da atuação dos estudantes. Os mesmos atuaram como facilitadores do processo de trabalho, proporcionando ambiente adequado para a realização das atividades na pré-triagem, além de estarem sempre dispostos a compartilhar seus conhecimentos e experiências vivenciadas dentro deste serviço, o que tornou o aprendizado uma construção conjunta de troca de saberes entre profissionais e estudantes/estagiários.

Durante toda a vigência do estágio o serviço disponibilizou os equipamentos de proteção individual que são preconizados para que se mantenha a qualidade da assistência prestada, sem comprometer a saúde do estudante/estagiário, o que proporcionou maior segurança e confiabilidade na execução das atividades.

PRÉ-TRIAGEM

A pré-triagem é uma estratégia de identificação, controle e contenção para casos suspeitos ou confirmados de COVID-19. É determinante para o fluxo de atendimento na maternidade, e ocorre na parte externa, em frente a porta de entrada do serviço, na qual todas as pacientes e seus acompanhantes adentram no serviço. Os estagiários, paramentados e treinados, têm como função aplicar um questionário direcionado que busca identificar sintomas de síndrome gripal e de COVID-19, tais como tosse, dor de garganta, falta de ar, febre, diarréia e/ou vômito. Além de registrar a temperatura e a oximetria de pulso de todas as pacientes e acompanhantes que buscarem o serviço.

Estas atividades são acompanhadas e supervisionadas pelas coordenadoras de cada grupo de estagiários e pelo(a) enfermeiro(a) responsável pelo plantão. Mediante a identificação de sintomatologia sugestiva, em casos de suspeita e/ou confirmação de diagnóstico para COVID-19, é realizada a discussão do caso com o enfermeiro e o médico da triagem no serviço, com a finalidade de direcionar o fluxo de atendimento para a paciente.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Após ser realizada a pré-triagem, as pacientes que não apresentam sintomatologia respiratória suspeita são classificados como "AZUL" e seguem o fluxo normal de atendimento (triagem, ambulatório de observação e sala de parto, quando necessário), recebendo orientações de distanciamento, uso de máscara, higiene das mãos, além da solicitação de que o paciente entre no hospital sozinho, e que o acompanhante aguarde na parte externa, evitando aglomeração de pessoas na recepção, seguindo as orientações de acordo com o protocolo da instituição e recomendações do Ministério da Saúde.

As pacientes que apresentam sintomas suspeitos de síndrome gripal e de COVID-19 ou que tenham diagnóstico positivo para a mesma, recebem classificação "LARANJA" e são direcionadas para atendimento em um setor isolado e diferenciado da triagem padrão, recebendo orientações, além da explicação por estarem sendo direcionadas para um fluxo diferente. Há uma preocupação por parte da equipe em não gerar pânico ou ansiedade, em caso de suspeita de infecção pelo novo coronavírus, promovendo um melhor acolhimento, com maior aceitabilidade por parte do usuário e familiares.

DESAFIOS DA PRÉ-TRIAGEM

A carga horária de 40 horas semanais é desafiadora, o cansaço físico e emocional é característico ao final dos plantões. A equipe de 12 integrantes é dividida em duplas, que em formato de escala mensal são responsáveis por triar diuturnamente pacientes e acompanhantes. A agilidade, perspicácia e atenção, são características indispensáveis na execução da atividade, o que favorece o melhor dimensionamento do usuário e diminui a exposição dos profissionais e demais pessoas.

A alta demanda de pacientes durante a semana, chegando a 100 pessoas por dia, exige dedicação e principalmente velocidade na execução da entrevista, para evitar aglomeração, sem que a pré-triagem ocorra de forma ineficaz, além de garantir que os casos de urgência e emergência recebam a devida atenção, evitando a entrada sem

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

avaliação das pacientes que chegam ao hospital em ambulâncias. A organização da entrada de cada usuária ao serviço depende da atuação do serviço da pré-triagem, o que torna o serviço ininterrupto durante 24 horas por dia.

A subjetividade nas respostas do questionário é outro fator que dificulta a identificação precoce dos sintomas, além dos casos assintomáticos da doença, em que mesmo com a realização da pré-triagem não é possível identificar que a paciente está infectada. A paciente pode não compreender adequadamente o que lhe está sendo questionado, ou descrever de maneira a buscar minimizar os sintomas. No caso de acompanhantes, pode haver uma ocultação nas respostas com relação aos sintomas, que caso sejam identificados em outro momento é solicitado a troca do mesmo. Já na ocorrência de mudança do quadro das pacientes, e por conseguinte surgimento de sintomas de COVID-19, estas são redirecionadas para o atendimento no setor de isolamento.

Diante da crise, no âmbito da saúde, que o país está enfrentando com o número de infectados crescendo a cada dia, assim como as mortes em decorrência do coronavírus, o medo de se contaminar existe, e acompanha diariamente o profissional de saúde, assim como o estagiário. O cuidado ao retirar os EPIs é minucioso, e estratégias para manter a saúde mental é indispensável, principalmente a comunicação com pessoas próximas e familiares.

Uma vez inseridos na dinâmica das unidades de saúde, os estagiários, comumente, se deparam com inúmeros conflitos e precisam desenvolver meios de superá-los. Esse exercício lhes fomenta a indispensável capacidade de enfrentar situações adversas, comuns ao trabalho em saúde[9].

CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO ACADÊMICA

O estágio na maternidade tem contribuído para o desenvolvimento da conduta ética e comprometimento com o serviço estabelecendo relações saudáveis, superando os

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

desafios inerentes ao trabalho em equipe, buscando otimizar os resultados na implementação da assistência de qualidade. Além de colocar o aluno em situações de tomada de decisões, necessidade de estabelecer uma comunicação efetiva com os profissionais de saúde e com o público em geral. Os estudantes da área da saúde devem desenvolver habilidades intra e interpessoais, que incluem o conhecimento técnico-científico, a ética, a integridade moral, a humanização, a formação cidadã e o compromisso político-social[9].

Características como paciência, empatia, capacidade de comunicação e de coesão e as qualificam como prerrogativas essenciais no processo de integração com as equipes de saúde. Reconhece-se que essa integração perpassa inúmeros desafios, porém, que se configura como uma oportunidade ímpar de aprendizado no que diz respeito às relações interpessoais, tanto para os estudantes quanto para as equipes de saúde que os recebem[10].

Uma vez que a formação do enfermeiro deve ser direcionada para a atuação no SUS, é de suma importância que o acadêmico seja sensibilizado com a realidade e com as rotinas dos estabelecimentos de saúde.

Os desafios inerentes à prática profissional, vivenciados no ambiente hospitalar, proporciona ao graduando uma visão realista da aplicabilidade da profissão, assim como as dificuldades para a execução das atividades de enfermagem. O período de aulas práticas proporciona uma visão direcionada a algumas atividades, há uma lacuna entre saber a teoria com relação ao processo de trabalho em saúde e vivenciar os conflitos na prática, durante as aulas práticas somos sujeitos pontuais e passageiros no serviço. Diferente da experiência atual, em que fazemos parte da equipe que presta a assistência, e vivenciamos os obstáculos do trabalho em equipe, as limitações impostas pela gestão, superlotação, falta de equipamentos, e principalmente, estamos aprendendo a lidar com vidas e intercorrências, soluções de demandas e múltiplas funções.

O PAPEL DENTRO DA EQUIPE DE SAÚDE

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Os desafios de trabalhar em um serviço de saúde de alto risco em meio a uma pandemia são muitos, desta maneira, encontrar meios de tornar o processo de trabalho mais sólido e claro é indispensável. O trabalho em equipe só é possível quando os trabalhadores constroem uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando um campo de produção do cuidado, já que este é comum à maioria dos trabalhadores de um hospital.

Para que a pré-triagem ocorra de forma adequada é necessário que maqueiros, profissionais do apoio, recepcionistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos, entre outros, estejam sintonizados e reconheçam as atividades desenvolvidas por cada um, como imprescindíveis. O trabalho em equipe deve estabelecer relações entre os trabalhadores que favoreçam a realização de um trabalho integrado, garantindo qualidade no atendimento prestado.

A pré-triagem busca reduzir o contato que a equipe que trabalha no setor de entrada do hospital e na triagem dos pacientes, tenham contato com pacientes portadores de sintomatologia respiratória, evitando o adoecimento generalizado da equipe de saúde, além de reduzir o contágio entre as usuárias.

Deve-se considerar que a pré-triagem está na linha de frente do COVID-19, sendo os integrantes desta equipe graduandos de enfermagem que tem a responsabilidade de identificar os sintomas e a partir disso tomar a decisão da conduta de atendimento, além de informar a equipe da triagem sobre os casos, também devem informar a paciente sobre a suspeita, de forma clara, sem ferir a conduta ética. Garantindo a segurança de si próprio, da equipe e dos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que o estágio extracurricular, instituído pelo programa “O Brasil Conta Comigo” tem contribuído para o crescimento do graduando, e principalmente fornecido um campo de prática em um contexto altamente diferenciado

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

no que se refere à área da saúde, apesar das dificuldades encontradas, com destaque para a pandemia causada pelo sars-cov-21, que gera medo e insegurança de modo geral.

A experiência adquirida durante a vigência do estágio proporciona ao aluno a mais pura percepção e vivência da realidade dentro do contexto assistencial, estabelecendo-se assim a modulação do perfil profissional do egresso e consolidando os conhecimentos adquiridos na graduação. Todo este aprendizado só poderia ter sido construído durante a atuação profissional, sendo assim uma oportunidade ímpar para o crescimento pessoal e profissional.

Neste sentido, o programa tem proporcionado aos alunos mais segurança e habilidade ao executar as funções, que ao se inserir no mercado de trabalho possuirá conhecimentos teóricos e experiência no contexto da assistência hospitalar e conhecimentos básicos para a realização de triagem e classificação de risco, por exemplo tornando assim o profissional mais capacitado para assumir um cargo ou função em vários contextos de assistência à saúde.

Desta maneira, após o compartilhamento dessa experiência, acredita-se que o estudo possa contribuir como estímulo à novas atividades de estágio durante a graduação e que seja um motivo para o desenvolvimento de novos estudos que relacionem o aprendizado teórico-prático como ferramenta importante na formação dos enfermeiros.

REFERÊNCIAS

1.OPAS/OMS Brasil. COVID-19. Acesso em: 13/06/20 <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875>

2. Amorim MMR, et al. Protocolo De Atendimento De Pacientes Com Covid-19 (Infecção Suspeita Ou Confirmada). ISEA- versão 8 de 9/06/2020.

3. Fontoura Winters JR, Prado ML, Heidemann ITSB. A formação em enfermagem orientada aos princípios do Sistema Único de Saúde: percepção dos formandos. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun 23];20(2),248-253. Available from: https://www.redalyc.org/ pdf/1277/127745723006.pdf.

4. Silva ANC, et al.Estágio Extracurricular De Enfermagem: Estratégia Para A Formação Profissional.Rev.Enferm. Foco 2019; 10 (4): 129-135.

5. Santos EI, Gomes AMT, Marques SC, Ramos RS, Silva ACSS, Oliveira FT. Comparative study of representations of professional autonomy produced by first and last-period undergraduate nursing students. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2017 [cited 2020 May 31];25:e2927. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1919.2927.

6. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 492, de 23 de março de 2020.Considerando a Portaria nº 356/GM/MEC, de 20 de março de 2020, que dispõe sobre a atuação dos alunos dos cursos da área de saúde no combate à pandemia do coronavírus COVID-19; 10 de julho de 2020. Diário Oficial União.

7. Lopes MVO. Sobre Estudos De Casos E Relatos De Experiências... Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [em linea] 2012. http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4019

8. Egry EY, Fonseca RMGS da, Oliveira MAC, Bertolozzi MR. Nursing in Collective Health: reinterpretation of objective reality by the praxis action. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 11]; 71(Suppl1): 710-715. Availablefrom:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700710&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0677.

9. Valença CN, Germano RM, Malveira FAS, Azevedo LMN, Oliveira AG. Articulação teoria/prática na formação em saúde e a realidade do Sistema Único de Saúde. Rev enferm UERJ. Nov-dez de 2014; 22 (6): 830-835.

10. Codato LAB, Garanhani ML, González AD, Fernandes MFP. Estudantes, docentes e profissionais na atenção básica: coexistência segundo a fenomenologia heideggeriana. Trab. educ. saúde. Ago. de 2017; 15 (2): 519- 536.

CAPÍTULO XVI

MORTALIDADE MATERNA: POR QUE A HIPERTENSÃO CONTINUA SENDO A CAUSA MAIS FREQUENTE DE MORTALIDADE MATERNA NO BRASIL?

Isadora Villamarim Guerra Borges[83]; Ana Caroline Moreira Santos[84];
Victoria Dornas Parreiras Coutinho Gonçalves[85].
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-16

RESUMO:
Objetivo: estudar a mortalidade materna por hipertensão na gestação e suas demais consequências, como pré-eclâmpsia e eclâmpsia, a fim de ratificar a importância da assistência a um pré-natal de qualidade, com o intuito de diminuir a taxa de mortalidade materna no Brasil. Métodos: estudo retrospectivo dos óbitos maternos devidos à hipertensão, realizado por meio de pesquisas eletrônicas nas plataformas PubMed, Scielo, Google Acadêmico, Revista Medicina, em que foram selecionados 18 artigos dentro do período de 2005 a 2020. Introdução: A mortalidade materna no Brasil é considerada um grave problema de saúde pública, na medida em que apresenta uma elevada incidência de casos, tendo como principais causas a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia. Desenvolvimento: A eclâmpsia é uma morbidade que ainda é uma emergência mundial e acompanha a elevada morbiletalidade materno-fetal. Aquela pode afetar mais de 10% das gestações no Brasil e, por isso, é considerada problema de saúde pública. Conclusão: destaca-se que a elevada taxa de óbitos maternos por pré-eclâmpsia e eclâmpsia pode ser justificada pela precária assistência prestada no pré-natal durante a gestação a nível nacional. Para preveni-la é imprescindível levar em consideração uma efetiva assistência desde a atenção primária, até a secundária e, caso necessário, a ação da atenção terciária.
PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade materna. Brasil. Hipertensão. Eclâmpsia. Pré-eclâmpsia.

MATERNAL MORTALITY: WHY HYPERTENSION CONTINUES TO BE THE MOST FREQUENT CAUSE OF MATERNAL MORTALITY IN BRAZIL?

ABSTRACT:
Objective: to study maternal mortality caused by hypertension during pregnancy and its other consequences, such as pre-eclampsia and eclampsia, in order to ratify the importance of assistance to quality prenatal care, and consequently decreasing the maternal mortality rate in Brazil. Methods: a retrospective longitudinal study of maternal deaths caused by hypertension. A literature search was conducted in the databases: PubMed, Scielo, Google Scholar, Revista Medicina. 18 articles were selected published in the period between 2005 and 2020. Introduction: maternal mortality in Brazil is

83 Lattes: http://lattes.cnpq.br/6976416229199122. E-mail: isadoravgb@gmail.com
84 Lattes: http://lattes.cnpq.br/4837184277382862. E-mail: cacamoreiira01@gmail.com
85 Lattes: http://lattes.cnpq.br/4837184277382862. E-mail: Victoria.coutinho@hotmail.com

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

considered a serious public health problem, as it presents a high incidence of cases, with pre-eclampsia and eclampsia as the main causes. Development: eclampsia is a morbidity that is still a worldwide emergency and accompanies the high maternal-fetal morbidity. This condition is considered a public health problem since it can affect more than 10% of pregnancies in Brazil. Conclusion: it was highlighted that the high rate of maternal deaths from preeclampsia and eclampsia can be justified by the precarious assistance provided in prenatal care during pregnancy at a national level. To prevent it, it is essential to take into consideration an effective assistance from primary care, to secondary care and, if necessary, the action of tertiary care.
KEYWORD: Maternal mortality. Brazil. Hypertension. Eclampsia. Pre-eclampsia

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna pode ser definida como o óbito durante a gestação ou até 42 dias de puerpério[5] e pode ser utilizada também como um outro indicador, não se restringindo apenas à saúde da mulher, o qual indica a saúde da população em geral, e respalda análises e ações de programas de atenção à saúde[10]. No Brasil, a mortalidade materna é um grave problema de saúde pública e apresenta uma elevada incidência de casos, tendo como principais causas a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia[1]. É notório que os distúrbios hipertensivos têm sua extrema relevância durante o período gestacional e puerperal[20].

A pré-eclâmpsia é uma síndrome que ocorre após 20ª semana de gestação, onde os sinais clínicos são: pressão arterial ≥ a 140mmHg x 90mmHg juntamente com proteinúria maior ou igual a 300mg/dia ou até mesmo proteína/creatinina urinário ≥ a 0,3. Porém, há exceção da pré-eclâmpsia sem a presença de proteinúria quando a hipertensão for após às 20 semanas em conjunto com a plaquetopenia menor que 100.000, ou com ocorrência de edema agudo de pulmão, ou transaminases duas vezes superiores ao valor normal, ou sintomas cerebrais ou visuais. Ela é responsável por muitas indicações de partos prematuros, está sempre em alta nas internações de unidades de terapias intensivas obstétricas e uma das suas piores complicações é a síndrome de HELLP que apresenta hemólise, na qual ocorre um aumento das enzimas hepáticas e uma diminuição do número de plaquetas [18].

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Quando o paciente, além de apresentar pré-eclâmpsia, evolui com convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas, pode-se considerar um quadro de eclâmpsia. Vale lembrar que, no mundo, 50.000 a 60.000 mulheres morrem todos os anos de pré- eclâmpsia, o que corresponde a 12% de todos os óbitos maternos[16]. Dessa forma, a maior morbidade materna e perinatal coloca esta gestação como de alto risco, exigindo condições diferenciadas do ponto de vista assistencial [22].

Já o termo "hipertensão na gravidez" é usado para expor pacientes com pequenas alterações nos níveis pressóricos e para pacientes em estágios avançados, como anomalia no funcionamento de órgãos [20]. A hipertensão gestacional se caracteriza pela pressão arterial maior ou igual a 140mmHg x 90mmHg após a 20ª semana de gestação sem que ocorra critério para pré-eclâmpsia e observa-se melhora no puerpério [17]. Dessa forma, a eclâmpsia sobreposta é caracterizada por hipertensão crônica juntamente com os sinais da pré-eclâmpsia [17].

O objetivo deste trabalho é enfatizar a hipertensão gestacional e suas demais consequências como pré-eclâmpsia e eclâmpsia, reafirmando a importância da assistência a um pré-natal de qualidade a fim de diminuir a taxa de mortalidade materna no Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para a realização do presente trabalho foram realizadas pesquisas eletrônicas nas plataformas PubMed, Scielo, Google Acadêmico, Revista Medicina e foram selecionados 18 artigos com delimitação do período de publicação de 2005 a 2020, nos idiomas português e inglês. As palavras-chave no momento da busca foram: mortalidade materna; Brasil; hipertensão, eclâmpsia e pré-eclâmpsia. Foram excluídos os artigos que não tinham as expressões chave e aqueles que abordavam formas de tratamento para a doença em questão.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

A busca e a leitura dos artigos sempre foram feitas por todo o grupo, sob a supervisão da tutora Roberta que, além de direcionar o grupo, revisou a cada semana o avanço do trabalho.

DESENVOLVIMENTO

Morte materna pode ser elucidada como o óbito de uma mulher no transcorrer da gestação ou do período puerperal (em até 42 dias após o parto) [3]. A hipertensão gestacional ocorre pela primeira vez na gravidez com a característica marcante de ser sem a presença de proteinúria. A pré-eclâmpsia acomete gestantes a partir da 20ª semana de gestação com característica marcante de possuir diagnóstico de proteinúria após a esse período de gestação [9,3]. A eclâmpsia é definida por distúrbios neurológicos da pré-eclâmpsia associada a convulsões, o que pode levar ao coma e possivelmente ao óbito [21].

Na gestação, as síndromes hipertensivas (HAS) associam-se a maior risco de complicações para a mãe e para o feto, e suas variadas formas na gravidez causam cerca de 14% das mortes maternas, além de estarem relacionadas a disfunções no concepto, como baixo peso ao nascimento[12]. A eclâmpsia é um exemplo de HAS e é uma morbidade que acompanha a elevada morbiletalidade materno-fetal e apesar de ter apresentado uma redução na taxa de incidência, ainda é uma emergência mundial. Além disso, pode ser diretamente relacionada a binômios materno-fetal, a quantidade e qualidade de assistência e também relacionada ao estado emocional da gestante [14,21].

Durante a gestação é importante que a mulher esteja em um ambiente calmo em que não haja situações de elevada carga de stress, pois segundo estudos situações de stress acarretam distúrbios emocionais que podem contribuir para a ocorrência de doenças hipertensivas[21]. Além disso, é importante ressaltar que, durante a gestação ocorrem muitas alterações no organismo materno a fim de torná-lo apto a gerar uma nova vida. Mudanças como o aumento da volemia e do débito cardíaco podem desencadear

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

HAS [18]. Ademais, lípides e lipoproteínas modificam-se em função de interações entre fatores genéticos, energéticos e hormonais. A hiperlipidemia gestacional fisiológica é decorrente da elevação da resistência à insulina e justaposição de lipoproteínas e lipólise no tecido adiposo. Esses utilizam a gordura como substrato energético para o crescimento fetal [6].

No terceiro trimestre, em muitas das grávidas é evidenciado um triglicérides (TG) elevado; já na segunda metade da gestação pode ocorrer um aumento nas proteínas de alta densidade (HDL) e por fim, ao longo dos trimestres pode verificar-se uma ampliação nos valores de lipoproteínas de densidade intermediária (IDL) e baixa (LDL) [6]. Vale ressaltar que mulheres com idade acima de 40 anos, bem como a primariedade de uma jovem (gravidez nos períodos extremos de idade) e hipertensão arterial crônica são fatores de risco para desenvolver uma hipertensão gestacional [18,20].

Com isso, é imprescindível uma assistência pré-natal, a qual é constituída por um conjunto de ações destinadas às mulheres durante os períodos gestacional e puerperal, e ao concepto. Com isso, colabora para a detecção de fatores que podem atrapalhar o desenvolvimento da gestação e, por consequência, reduzir também as taxas de morte materna e morte fetal. Para acompanhar a gravidez e o desenredo da mesma, a caderneta da gestante é necessária, pois além de ter o registro da condição de saúde, apresenta as realizações das consultas[2], o que facilita caso a gestante realize uma consulta em outro local de atendimento.

Um bom atendimento no pré-natal de uma gestante é significativo quando em plano de redução da mortalidade da mãe, além disso, também apresenta benefícios à saúde materna e infantil. Devido a essa relevância do bom atendimento e acompanhamento de gestações instâncias internacionais e nacionais definir objetivos para tornar gravidezes e partos mais seguros. Uma das estratégias para o alcance dessa meta é a participação de um profissional qualificado no atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Isto é, um profissional com competência técnica; habilidade de comunicação, como a escuta atenta e diálogo; compreensão com os sentimentos e modo

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

de vida; entre outras habilidades para o cuidado e acompanhamento de gravidezes, nascimentos e em períodos pós-parto imediato [4].

No primeiro trimestre da gestação, o acesso aos cuidados pré-natais é considerado um excelente indicador de avaliação da qualidade da atenção primária à saúde (APS) no Brasil. Sendo assim, é fundamental iniciar o quanto antes os cuidados pré-natais para o diagnóstico e, consequentemente, intervenção na saúde da gestante e do neonato, bem como redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal[15].

A abrangência do pré-natal de qualidade constitui-se em um dos principais informativos do Pacto da Atenção Básica do SUS. A assistência realizada engloba todo o processo de mecanismos que os serviços realizarem para outras ações de atenção básica. Dessa forma, o seu funcionamento retrata os aspectos da laboração de outros programas e a sua magnitude é evidente, enunciando-se no conjunto de normas que regem a operacionalização do SUS[7].

A hipertensão associada a distintas doenças como hemorragia cerebral, edema agudo de pulmão, insuficiência renal aguda, insuficiência hepática com ou sem coagulação intravascular disseminada, complicações respiratórias secundárias à broncoaspiração de conteúdo gástrico[14], ou como causa direta de mortalidade materna, é algo que tem chamado atenção, gerando sinal de alerta aos diferentes setores da comunidade médica. A hipertensão se mostra constante e frequente, além de ser acompanhada de maior morbimortalidade materna e perinatal, o que equivale a mais de 10% das gestações no Brasil e, por isso, é considerada problema de saúde pública. Sua preponderância sofre alterações consoante a faixa etária, a raça, a obesidade e a presença de patologias associadas, como diabetes e doença renal [13].

O aumento da pressão arterial provoca efeitos deletérios sobre diversos sistemas como o vascular, o hepático, o renal e o cerebral, levando a altas taxas de morbimortalidade e permanecendo como a primeira causa de morte materna direta

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

(37%), sendo essa proporção maior nas regiões Norte e Nordeste, em relação ao Sudeste, Sul e Centro-Oeste do Brasil[13].

Os distúrbios hipertensivos estipulam elevadas taxas de cesariana devido ao comprometimento materno e fetal que, na maioria das vezes, só são impedidos com o cessamento da gestação, o que é considerado a cura nos casos de fetos não muito prematuros. Diante disso, uma vez estipulado o diagnóstico, deve-se tomar a decisão de execução do parto ou conduta expectante em função da idade gestacional, da vitalidade fetal e da gravidade da doença, sendo a segurança da mãe o principal objetivo da conduta[13].

O risco de complicações é maior quando se realiza cesariana em pacientes com pré-eclâmpsia, destacando-se hemorragias, infecções e picos hipertensivos. Não obstante, o tipo de parto em mulheres com pré-eclâmpsia foi vinculado expressivamente ao parto por cesariana, enfaticamente naquelas com cesarianas prévias e obesidade [13].

A mortalidade materna é uma causa de morte altamente evitável, tendo como foco sua redução ao longo dos anos. A taxa de decréscimo em 2000 era de 2% ao ano e, nos anos posteriores a 2010, houve uma recuperação de sua tendência ao declínio, mesmo que sutil, com taxa anual de 2,4%. Entretanto, as taxas de mortalidade materna ainda permanecem com valores altos, de 3 a 4 vezes maior do que as encontradas em países desenvolvidos no início da década de 2010[11]. Além disso, apesar das crescentes tentativas de controle da incidência de óbitos por eclâmpsia, no atual cenário, esse valor chega a cerca de 10% das gestações[1]. Com isso, é considerada como a primeira causa de morte materna, quando analisado o Brasil[14]. E sua importância torna-se ainda maior quando se analisam os efeitos sobre o concepto, oscilando o obituário perinatal entre 5,5 e 50%[2,3,1].

Os distúrbios hipertensivos como pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hipertensão gestacional e hipertensão crônica são causas consideráveis de morbidade aguda grave, de incapacidade a longo prazo e de morte entre mães e bebês [9]. As formas de HAC de

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

risco acarretam alterações na função renal e/ou na função cardíaca, e ainda podem evoluir para pré-eclâmpsia, e por consequência a isso pode levar a uma interrupção na gravidez assim que atingirem a maturidade fetal [22].

A síndrome hipertensiva gestacional está diretamente relacionada ao perfil socioeconômico, demográfico e obstétrico de gestantes, sendo considerados fatores de risco em uma gestação. Em análises sobre a incidência da síndrome hipertensiva, observou-se que, em países desenvolvidos, varia entre 2 e 8% das gestações, menor que em países em desenvolvimento, como o Brasil, que pode alcançar 10% [9].

Em relação ao perfil socioeconômico e demográfico, prevalecem gestantes com idade média de 30,9 ± 6,9 anos, católicas, pardas, com vínculo empregatício, união estável, ensino médio completo e renda até R$ 954,00. Quanto ao perfil obstétrico, é possível observar gestantes com IMC até 66, com uma média de cinco consultas pré-natais, pressão arterial um pouco elevada, duas gestações, um parto e nenhum aborto. As mulheres com hipertensão crônica são mais velhas (p=0,0024), com menor idade gestacional (p=0,0219) e maior número de abortos (p=0,0140). De tal modo, pode-se considerar o excesso de peso mal cuidado pré-gestacional como um fator de risco para uma hipertensão gestacional. E a síndrome de hipertensão gestacional acompanhada de outras patologias como a diabetes pode ser um fator de risco intenso, podendo acarretar a morte materna[9]. Em conclusão, observou-se que as gestantes apresentam sobrepeso/obesidade, idade média de 30,9 anos e vulnerabilidade social e as gestantes com hipertensão arterial crônica são mais velhas e com maior número de abortos[8].

A partir de pesquisas de autores, foi possível observar que, entre os óbitos maternos, nenhum recebeu assistência de pré-natal adequada (cinco ou mais consultas)[14]. Vale destacar que a eclâmpsia ocorreu na maioria das grávidas, representando, provavelmente, atraso no diagnóstico e na conduta. Além disso, a existência do quadro convulsivo é, sem dúvida, fator de agravo e risco de morte para grávidas com pré-eclâmpsia. Assim, conclui-se que a hipertensão reflete, diretamente, a deficiência na assistência que tem sido prestada às mulheres grávidas[1], e também indica

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

falhas em instruções políticas e falhas da sociedade como um todo. As instruções políticas muitas vezes promovem ações que não estão entrelaçadas com a necessidade dos cidadãos e dos atuantes da área da saúde, isso devido a falta de sensibilidade e comprometimento, já a sociedade pela forma exclusiva com que se habituou a viver [19].

Não obstante, há evidências de benefícios da atividade física regular para a gestante hipertensa. A fisioterapia aquática, mais conhecida com hidroterapia, é uma intervenção não farmacológica que utiliza as propriedades da imersão em água aquecida aliadas à prática de exercícios aeróbios e resistidos combinados, utilizada em vários contextos clínicos[12].

CONCLUSÃO

Ficou evidente que a elevada taxa de óbitos maternos por pré-eclâmpsia e eclâmpsia pode ser justificada pela precária assistência prestada no pré-natal durante a gestação a nível nacional. Além disso, o atendimento inadequado e insatisfatório nas urgências e emergências obstétricas e perinatais contribuem imensamente para o aumento das mortes maternas. Outros fatores que se destacam são a má gerência dos recursos financeiros brasileiros, a falta de implementações de estratégias efetivas e a má operacionalização das políticas públicas, o que explica a baixa cobertura e qualidade do pré-natal, o despreparo profissional e o atendimento insatisfatório[3]. Por fim, vale citar a importância do suporte emocional à grávida por parte familiar e pelos profissionais de saúde, pois essa base reduz os níveis de stress, assim evitando distúrbios emocionais[21]. Também ficou nítida a importância de identificar, conhecer e analisar os dados sociodemográficos e obstétricos da população atendida a fim de promover assistência materna e neonatal e viabilizar a assistência planejada em ações prioritárias na promoção de pré-natal, parto e puerpério saudável para diminuir os indicadores de mortalidade[8].

Em conclusão, para a prevenção da eclâmpsia, é imprescindível levar em consideração uma efetiva assistência desde a atenção primária, a qual engloba o pré-natal e as consultas de retorno, até a atenção secundária e, caso necessário, a ação da

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

atenção terciária. Sendo assim, a ocorrência de eclâmpsia pode ser diminuída através de ações dos serviços de atenção pré-natal e de parturição, considerando uma assistência efetiva, com início precoce (primeiro trimestre da gravidez) e com consultas regulares[14], tendo como objetivo reduzir a taxa de mortalidade materna e oferecer maior atenção e cuidado às gestantes.

REFERÊNCIAS

1. BEZERRA, Elmiro Hélio Martins et al. Mortalidade materna por hipertensão: índice e análise de suas características em uma maternidade-escola. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 548-553, set. 2005.

2. CAMARGOS, Letícia Ferreira de et al . Avaliação da qualidade dos registros de cartões de pré-natal de mulheres urbanas. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, 2012.

3. CORTINHAS, Anna Beatriz B. et al. Pré-Eclâmpsia e Mortalidade Materna. Rev. Cad. Med. v.2, n.1, 2019.

4. CUNHA, Margarida de Aquino et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 145-153, mar. 2009.

5. DIAS, Júlia Maria Gonçalves et al. Mortalidade Materna. Rev. Med. Min. Ger. Aracaju, v. 25, n. 2, jun. 2014. Disponível em: http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1771. Acesso em: 16/10/2020.

6. FEITOSA, Alina Coutinho Rodrigues et al. Impact of the Use of Different Diagnostic Criteria in the Prevalence of Dyslipidemia in Pregnant Women. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 109, n. 1, p. 30-38, jul. 2017.

7. GONÇALVES, Roselane et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 61, n. 3, p. 349-353, jun. 2008.

8. JACOB, Lia Maristela da Silva et al. Socioeconomic, demographic and obstetric profile of pregnant women with Hypertensive Syndrome in a public maternity. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 41, 2020.

9. KERBER, Guenevere de Franceschi; MELERE, Cristiane. Prevalência de síndromes hipertensivas gestacionais em usuárias de um hospital no sul do Brasil. Rev Cuid, Bucaramanga, v. 8, n. 3, p. 1899-1906, dez. 2017.

10. LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena P. de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Mortes maternas e mortes por causas maternas. Epidemiol. Serv. Saúde,

Brasília, v. 17, n. 4, p. 283-292, dez. 2008.

11. LEAL, Maria do Carmo et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, jun. 2018.

12. LINHARES, Giovana Macêdo; MACHADO, Antônio Vieira; MALACHIAS, Marcus Vinícius Bolívar. A Hidroterapia Reduz a Rigidez Arterial em Gestantes Hipertensas Crônicas. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 114, n. 4, p. 647- 654, abr. 2020.

13. LINHARES, José Juvenal et al. Fatores associados à via de parto em mulheres com pré-eclâmpsia. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, p. 259-263, jun. 2014.

14. NOVO, Joe Luiz Vieira Garcia; GIANINI, Reinaldo José. Mortalidade materna por eclâmpsia. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, v. 10, n. 2, p. 209- 217, jun. 2010.

15. SEHNEM, Graciela Dutra et al. Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros. Rev. Enf. Ref., Coimbra, n. 1, p. 1-8, jan. 2020.

16. SILVA JUNIOR, Guilherme Santos da et al. Avaliação de alterações urinárias e função renal em gestantes com hipertensão arterial crônica. J. Bras. Nefrol., São Paulo, v. 38, n. 2, p. 191-202, jun. 2016.

17. TAKIMURA, Marcos. Hipertensão e Gestação, 2013. 82 slides. Disponível em:

18. <https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/hipertensao_gestacao.pdf> Acesso em: 16/10/2020.

19. ZANATELLI, Carla et al. Síndromes hipertensivas na gestação: estratégias para a redução da mortalidade materna. Rev. Saúde Integ., v. 9, n. 17, p. 73-81, ago. 2016.

20. RIQUINHO, Deise Lisboa; CORREIA, Sandra Gomes. Mortalidade materna: perfil sócio-demográfico e causal. Rev. bras. Enferm, Brasília, v. 59, n.3, p. 303- 307, jun. 2006.

21. BARRON, Willian M.; MD, Lindheimer. Complicações Médicas na Gravidez. 2ª edição. Porto Alegre, 1996.

22. SANTOS, Ninalva de Andrade et al. Perfil de gestantes com pré-eclâmpsia e fatores emocionais associados, 2009. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01565.pdf> Acesso em: 27/01/2021.

23. JUNIOR, Guilherme et al. Avaliação de alterações urinárias e função renal em gestantes com hipertensão crônica. Jornal Brasileiro de Nefrologia, São Paulo, v. 38, p. 191-202, 2016.

CAPÍTULO XVII

O ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO E A SEGURANÇA DO PACIENTE

Sílvia Souza Lima Costa[86]
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-17

RESUMO:
A atuação do profissional Enfermeiro proporciona um atendimento seguro, tendo qualidade na assistência, livre de danos. O Centro Cirúrgico é um local fechado destinado a procedimentos de pequeno a grande porte, que gera no paciente ansiedade, insegurança e medo. O presente trabalho tem como objetivo conhecer a ação do Enfermeiro no Centro Cirúrgico na promoção de uma assistência através da comunicação entre a equipe e paciente. Esta pesquisa se deu através da revisão bibliográfica de artigos científicos sobre o assunto e a análise dos artigos encontrados na base de dados da biblioteca virtual: Google Scholar. No Centro Cirúrgico o paciente é exposto a ações invasivas durante os procedimentos que podem culminar com a sua morte e vários fatores podem ser evitados em um Centro Cirúrgico quando há preparo antecipado de todas as etapas a serem seguidas. O Enfermeiro comprometido com a segurança do paciente atribui cuidados assistenciais baseado na aplicabilidade do checklist, oferecendo segurança ao paciente.
PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro. Centro Cirúrgico. Segurança do Paciente. Checklist.

THE NURSE IN THE SURGICAL CENTER AND PATIENT SAFETY

ABSTRACT:
The performance of the professional Nurse provides safe care, with quality care, free from damage. The Surgical Center is a closed place for small to large procedures, which generates anxiety, insecurity and fear in the patient. The present work aims to know the nurse's action in the Surgical Center in promoting assistance through communication between the team and the patient. This research was carried out through the bibliographic review of scientific articles on the subject and the analysis of articles found in the virtual library database: Google Scholar. In the Surgical Center, the patient is exposed to invasive actions during the procedures that can culminate in his death and several factors can be avoided in an Surgical Center when there is advance preparation of all the steps to be followed. The Nurse committed to patient safety assigns care based on the applicability of the checklist, offering patient safety.

86 Graduada em Enfermagem - Faculdade Morgana Potrich. Pós-graduada em Enfermagem em Centro Cirúrgico e Central de Materiais, Pós-graduando em Práticas da Enfermagem. Cirúrgica pela Faculdade Metropolitana. E-mail: silviacostalima@gmail.com
ORIENTADORA: Prof. Especialista Claudineia Conationi da Silva Franco

KEYWORDS: Nurse. Surgery Center. Patient safety. Check list.

INTRODUÇÃO

O Centro Cirúrgico (CC) é uma área complexa sendo um ambiente fechado na unidade de saúde onde se realiza procedimentos que podem ser invasivos ou não de pequeno, médio e grande porte, requer do Enfermeiro competência técnico científica, aplicados na manutenção da vida do paciente, relacionados a várias especialidades médicas e o manuseio de seus equipamentos, ligados direta ou indiretamente a realização de cirurgias (AMARAL, 2017; SIQUEIRA, 2017).

Sendo o Centro Cirúrgico um lugar propício a insegurança dos que nele adentram devidos o risco de óbito no intra - operatório, cabe ao Enfermeiro oferecer um ambiente acolhedor, com qualidade no atendimento individual garantindo a segurança do paciente voltada a redução de danos aos paciente, através do planejamento das ações entre a equipe cirúrgica e os profissionais do Centro Cirúrgico pois há ocorrência de erros na grande maioria poderiam ser evitados se houvesse planejamento antecipado e a conferência do checklist da cirurgia segura (DALCÓL, 2016).

O Enfermeiro desde os primórdios do tratamento cirúrgico deve atuar com empatia, a fim de minimizar os efeitos advindos das expectativas negativas como a ansiedade de seus usuários como ansiedade e o medo envolvidos no ato cirúrgico, proporcionando um ambiente acolhedor, tendo qualidade de atendimento e a segurança do paciente voltada para a redução de danos ao paciente (SIQUEIRA, 2017).

Portanto esse estudo tem como objetivo conhecer a função do Enfermeiro no Centro Cirúrgico que segundo o SOBECC (Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico) ele é um profissional capacitado a coordenar a equipe através do gerenciamento e provisão dos materiais do processo anestésico-cirúrgico, realizando o ckecklist, uma ferramenta que assegura a segurança do paciente em todas as etapas, sendo a sua atuação relacionada a segurança do paciente (SOBECC, 2013).

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Quando ocorre erros e estes são notificados pode haver medidas preventivas que através da experiência pode desencadear a cultura de segurança implantando as intervenções e as medidas preventivas, desenvolvendo a segurança no local do Centro Cirúrgico (PURIM, 2019).

A pesquisa explana a revisão bibliográfica, método de pesquisa que favorece a associação de novos saberes através do conhecimento já adquirido através dos artigos científicos publicados (VIEIRA, 2018).

O ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO E A SEGURANÇA DO PACIENTE

O centro cirúrgico é um local crítico de alta complexidade tecnológica, científica e de relações humanas que requer dos profissionais o conhecimento na execução das atividades e agilidade nas condutas para atender os clientes em cirurgias eletivas de emergências e de urgências, sendo um local propício ao estresse laboral (CAMARGO, 2018).

O Enfermeiro é responsável pela assistência segura ao paciente, que coordena a equipe de enfermagem, tornando o local de trabalho no Centro Cirúrgico menos estressante, tanto para o cliente como para a equipe, através da aplicabilidade de protocolos, ofertando um cuidado riscos diminuído; organiza os procedimentos ofertados, como gestor do Centro Cirúrgico realizar educação continuada para que sua equipe esteja sempre apta a atender o cliente com humanidade e segurança, minimizando os erros através do planejamento de ações ligadas a práticas de segurança ao paciente e verificação dos dados a partir do check list (ABREU, 2019; AMARAL, 2017; SIQUEIRA, 2016).

A assistência segura ao paciente cirúrgico está vinculada à cultura de segurança, medida que garante uma assistência segura, criado em 2008, pelo Ministério da Saúde o protocolo de cirurgia segura visa a verificação padronizada em etapas dentro do protocolo com questões de identificação como os dados sobre o paciente: nome

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

completo, nome da cirurgia, reações à medicação, comorbidades do paciente , exames realizados, o jejum, tricotomia, tudo com o intuito de descobrir em tempo oportuno possíveis eventos que podem desencadear em complicações, promove-se então pela verificação a diminuição dos eventos adversos (SILVA, 2017).

Na efetivação da segurança existe o checklist que assegura uma assistência cirúrgica segura, protocolo de cirurgia segura, analisa os momentos que podem ser críticos, serve para otimizar a cirurgia segura no bloco, através de comunicação efetiva entre a equipe de enfermeiro e o próprio paciente, pois o protocolo visa a ampliar a segurança do paciente durante o período das atividades; o check list é a verificação dos dados em fases distintas, visa a assistência segura em todos os países, criado pela Organização Mundial de Saúde (PAIVA, 2015; SANTANA, 2020).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem Pré-operatória – SAEP, no Centro Cirúrgico é ofertado pelo Enfermeiro, profissional capacitado a ofertar uma assistência que visa a atender as necessidades do cliente cirúrgico através do planejamento que começa na visita pré-operatória, diagnosticando as necessidades, realizando a implementação e após avaliado o processo e se necessário reformular a fim de identificar fragilidades e agir em tempo hábil a evitar complicações e danos ao paciente (DALCÓL, 2016; SIQUEIRA, 2016; SOBECC, 2013).

As etapas do check list, recomendado pela Organização Mundial de Saúde, instituído pela Portaria nº 529/2013, do Ministério da Saúde (MS), que contempla o Manual de Cirurgia Segura para reduzir eventos adversos durante o procedimento cirúrgico, através da conferência das etapas proposta nas fases do checklist, melhorando a oferta do cuidado através da comunicação com o paciente e a equipe (OLIVEIRA, 2017).

MÉTODO

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

O primeiro passo foi delinear o tema proposto, o segundo realizou-se a coleta dos artigos científicos no banco de dados on-line da área da saúde através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a partir dos descritores: enfermeiro, centro cirúrgico, segurança do paciente e checklist, o segundo passo foi a escolha dos artigos a partir da seleção da amostra dos artigos por meio da leitura dos resumos, sendo uma pesquisa bibliográfica; priorizando os artigos no período de cinco anos de publicação; devido o valor teórico inclui-se outros que foi identificado como importante para a pesquisa, posteriormente realizou-se a leitura criteriosa do artigo, buscando os pontos que se enquadra para a efetivação da mesma.

DISCUSSÃO

Existe Enfermeiros que não preparam a equipe para a realização do check list de cirurgia segura e isso favorece ao risco de intercorrência comprometendo o procedimento, tornando-o inseguro ao paciente, e em outros momentos a realização do check list é efetuado em partes, a etapa mais negligenciada é a segunda, o intra operatório, seguida pela negligência das cirurgias de pequeno porte, os check list são deixados na sua grande maioria, expondo o paciente a possíveis danos (PURIM, 2019).

O Enfermeiro contribui na segurança do paciente através do planejamento de ações na complexidade dos procedimentos ofertados, minimizando os erros através do preparo de materiais ligadas a práticas de segurança ao paciente, atuando desde o período pré-operatório com apoio emocional, minimizando os receios do centro cirúrgico, efetuando um trabalho assistencial antes de adentrar no centro cirúrgico a fim de que o paciente seja cuidado por profissionais comprometidos com o bem-estar emocional, minimizando os medos ao se sentir indefeso durante o ato cirúrgico (ABREU, 2019; CAMARGO, 2018).

O Centro Cirúrgico é um lugar repleto de aparelhagem moderna, a anestesia que desencadeia a ansiedade, o medo aos que nele se submetem ao passar por procedimentos cirúrgicos, pois ao exporem a pessoas estranhas seus corpos podem sentir

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

fobia, incerteza e anseios relacionados ao medo da anestesia geral, e a própria intervenção cirúrgica (ABREU, 2019).

O Enfermeiro como gestor da unidade deve promover entre a equipe atividades sobre o cuidado e desempenho nas atividades que influencia na saúde do próprio colaborador e elaborar estratégias para possibilitar e favorecer o bem-estar no ambiente de trabalho através do apoio emocional suporte social, diminuindo os níveis de estresse, aumentando o autocuidado da saúde dos envolvidos na equipe o que irá influenciar na assistência prestada aos pacientes do centro cirúrgico, proporcionando segurança (FRAGA, 2019).

Segundo Abreu, 2019, a comunicação entre a equipe do centro cirúrgico e o paciente colabora para uma assistência segura pois através dela realiza o Enfermeiro realiza o check list identificando o nome correto, o procedimento a ser efetuado, atua diminuindo os anseios do paciente, minimizando os erros que são frequentes e podem gerar óbitos e até sequelas irreversíveis.

Cabe ao Enfermeiro funções de administração da equipe na execução das tarefas do setor, a parte assistencial, o acúmulo de funções pode prejudicar a completa da verificação em todas as conferências do checklist, causando a pressão psicológica sobre a equipe contribuindo para o risco de erros durante a realização de atos cirúrgicos (ABREU, 2019; PAIVA, 2017).

RESULTADOS DA PESQUISA

O Enfermeiro quando executa o checklist no bloco cirúrgico aumenta a segurança ao paciente ofertando uma assistência segura, a dinâmica da verificação favorece a apoio entre o paciente e a equipe, aumenta o vínculo diminui a ansiedade aumentando a eficácia do tratamento através da comunicação; um olhar holístico na assistência individual o uso de atributos como a empatia, uma linguagem clara, retirando os anseios e dúvidas no paciente leva a tranquilidade durante a realização de procedimentos no bloco (PURIM, 2019).

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

O Centro Cirúrgico é um local propício a ocorrer erros se não for bem executadas as fases do check list da cirurgia segura, que compreende três etapas: a identificação antes da indução anestésica, a confirmação antes da incisão cirúrgica e o registro de todas as etapas e confirmação pela equipe ao atender e executar procedimentos cirúrgicos realizando o planejamento dos cuidados. Ao serem realizadas as etapas a sua efetividade diminui os erros levando a qualidade de assistência e promove o bem-estar do paciente cirúrgico, minimizando os erros no Centro Cirúrgico (FRAGA, 2019).

O conhecimento do Enfermeiro no centro cirúrgico e a sua gerência através da aplicação do conhecimento técnico científico através da SAEP (Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória) faz com que venha a ofertar uma assistência que visa a atender as necessidades do cliente cirúrgico através do planejamento que começa na visita pré-operatória, diagnosticando as necessidades, realizando a implementação e após avaliado o processo e se necessário reformular para melhor atender, sendo então o atuação do Enfermeiro acarretada devida a funções administrativas e assistenciais (AMARAL, 2017).

A atuação do Enfermeiro está ligada a boas práticas na assistência, oferecendo um tratamento seguro, através da aplicabilidade de protocolo com o uso de checklist, a verificação em etapas permite a análise dos dados do paciente cooperando para uma cirurgia segura, que otimiza a qualidade do serviço e isso se dá pela comunicação entre a equipe, desde a entrada do paciente no centro cirúrgico até a sua saída (PRATES, 2018).

O Enfermeiro gestor conhecendo a necessidade do paciente, prepara o material cirúrgico com antecedência, verificado a sua integridade e validade da esterilização, contribuindo na segurança do paciente através do preparo de materiais estéreis que garante uma cirurgia sem risco de infecção; e de forma harmoniosa contribui para a proteção do desgaste físico, produzindo graus de estresse menos elevados agindo com antecedência no provimento dos materiais cirúrgicos, realizando a conferência das

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

esterilizações, tais ações diminui as intercorrências, através do fornecimento de equipamentos seguros e de forma humanizada a organização contribui na segurança do paciente (PRETO, 2016).

Na primeira etapa verifica a identificação do nome completo do paciente, sua identificação, lugar a ser operado, demarcação do lado correto, verificar alergias, presença de comorbidades, possíveis intercorrências e estar com plano de ação se caso venha a ser preciso. Antes do início da cirurgia, a confirmação do local a ser operado, a aferição dos sinais vitais, já o intra-operatório deve ser realiza uma conferência da confirmação do que está sendo realizado e a manutenção do paciente, orientado pelo Enfermeiro coordenador, cuidando para a segurança do paciente, e antes do paciente sair da sala, tais atitudes reduzem a morbimortalidade (PURIM, 2019).

Segundo Prates (2018), o Enfermeiro ao realizar a verificação do check list no Centro Cirúrgico promove a redução de infecção por sítio cirúrgico que é considerado um dos principais riscos ao paciente, contribui para maior tempo de internação, e até complicações que evoluem ao óbito, e as infecções relacionadas à assistência à Saúde causa morbimortalidade, sendo considerado um problema de saúde pública prejudicando a imagem do serviço de saúde (PRATES, 2018).

As infecções decorrentes do serviço de saúde no sítio cirúrgico, impacta negativamente na vida do paciente sendo 50 a 60% evitáveis quando aplicados os protocolos de cirurgia segura onde as identificações das fragilidades do paciente são descobertas através da verificação em etapas realizada pelo Enfermeiro com o uso do check list (PRATES, 2018).

Quando ocorre erros e estes são notificados pode haver medidas preventivas que através da experiência pode desencadear a cultura de segurança implantando as intervenções e as medidas preventivas, desenvolvendo a segurança no local do centro cirúrgico (CAMARGO, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se então que o Centro Cirúrgico é um local desafiador para a Enfermagem, pois necessita que o profissional esteja em constante busca de aprimoramento técnico científico, tenha competência para lidar com pessoas, gerenciamento de conflitos, habilidades para comandar uma equipe, executar seu trabalho não só administrativo mas assistencial, proporcionando uma assistência segura baseada em protocolos e check list a fim de se evitar erros e realizar cirurgias seguras conforme o estabelecido pela Organização Mundial de Saúde, e que o check list é um recurso usado pelo Enfermeiro para promover a segurança de pacientes e garantir uma assistência de qualidade nas cirurgias realizadas, e que o Enfermeiro do Centro Cirúrgico deve coordenar a equipe para que ela seja eficiente, capacitada para atender o paciente com segurança durante a assistência recebida através da educação continuada à sua equipe de modo que seja atualizada seus conhecimentos, sempre aprimorando as técnicas levando a melhoria ao cliente, tornando o ambiente motivador e menos estressante, atuando com controle de infecção hospitalar, promovendo um ambiente onde o valor individual da equipe seja fortalecido, executando as tarefas administrativas e também assistenciais.

Zelar pela segurança e dever de toda a equipe é função primordial do Enfermeiro que está apto a gerenciar e coordenar toda a equipe do Centro Cirúrgico, assim a segurança do paciente será algo concreto.

REFERÊNCIAS

1. ABREU, I. M. et al. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180198, 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200411&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Dec. 2020. Epub Apr 08, 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180198.

2. AMARAL, J. A. B.; SPIRI, W. C.; BOCCHI, S. C. M. Indicadores de qualidade em enfermagem com ênfase no centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. Revista SOBECC, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 42-51, abr. 2017. ISSN 2358-2871. Disponível em:

<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/117>. Acesso em: 26 dez. 2020. doi:https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201700010008.

3. CAMARGO, C. P.et al Comunicação terapêutica entre paciente e enfermagem no período perioperatório. REMECS- Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde. v. 3, n. 5, p. 38 -42, nov.2018. Disponível em: https://www.revistaremecs.com.br/index.php/remecs/article/view/78

4. DALCÓL, C; GARANHANI, M. L. Papel gerencial do enfermeiro de centro cirúrgico: percepções por meio de imagens. Rer. Eletr. Enf. [Internet]. 2016 Acesso em: 21, dez. 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.34888.

5. FRAGA, M. S.R.; CALVETTI, P. U.; LAZAROTTO, A. R. A Qualidade de vida dos Profissionais da Enfermagem Que Atuam No Centro Cirúrgico. BARBARÓI Revista do Departamento de Ciências Humanas. Nº 53, pag. 251a 260. Santa Cruz do Sul, 2019. Disponível em: https://online.unisc.br/seer/ index.php/barbaroi/article/view/12986/8464

6. OLIVIERA, A. C.; ABREU, A. R.; ALMEIDA, S. S.; Implementação do Checklist de Cirurgia Segura Em Um Hospital universitário. Enferm. Foco; 8 (4) pag. 07-12, 2017. Disponível em: file:///C:/Users/familia/Downloads/972-5807-2-PB.pdf

7. PAIVA, A. C. R. ET AL. Checklist de cirurgia segura: análise do preenchimento da ficha de verificação no pré, trans e pós-operatório. Enfermagem Revista.; vol. 18 (2):62 – 80; 2015. Disponível em: http://periodicos.pucminas.br/ index.php/enfermagemrevista/article/view/11697

8. PRETO, V. A.; PEDRÃO, L J. O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. Revista da Escola de Enfermagem da Usp. v. 43, n. 4, p.841-848, dez. 2016 FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342009000400015>. Acesso em: 20 dez. 2020.

9. PURIM, K. S. M.; GONÇALVES, C. G.; BINOTTO, L.; GROTH,A.K.; JÚNIOR,A. A. A.; CHIBATA, M.; CLAUS, C. M. P.; TSUMANUMA, F. K.; Checklist de Segurança no Ensino de Cirurgia Ambulatorial. Rev Col Bras Cir 46 (3):e20192197, Paraná, 2019. Disponível em:file:///C:/Users/familia/Downloads/Checklist_de_ seguranca_no_ensino_de_cirurgia_ambul%20(1).pdf

10. PRATES, C. G.et al. Comparação das taxas de infecção cirúrgica após implantação do checklist de segurança. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 31, n. 2, p. 116-122, Mar. 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000200116&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Jan. 2021. Epub July 06, 2018. https://doi.org/10.1590/1982-0194201800018.

11. SIQUEIRA, N. S.; SCHUH, l. X.; As Atribuições do Enfermeiro no Centro Cirúrgico. SIEDUCA – XXV Seminário Internacional De Educação, v.1, n. 1, 2016. Disponível em :

https://www.ulbracds.com.br/index.php/sieduca/article/view/298#:~:text=AS%20ATRIBUI%C3%87%C3%95ES%20DO%20ENFERMEIRO%20NO%20CENTRO%20CIR%C3%9ARGICO,tana%20Silva%20Siqueira&text=O%20enfermeiro%20de%20centro%2Dcir%C3%BArgico,e%20habilidades%20nas%20rela%C3%A7%C3%B5es%20humanas.

12. SOBECC - Sociedade Brasileira de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação, Anestesia, Centro de material e esterilização. 6ª edição São Paulo: Manole; 2013.

13. VIEIRA, S.S.; AZEVEDO, I. R. P.; CASAGRANDE, J. L. Pesquisa Bibliográfica, Pesquisa Bibliométrica, Artigo de Revisão e Ensaio Teórico em Administração e Contabilidade. Administração: Ensino e Pesquisa. Vol.19, n. 2, 2018. Maio – agosto, pg 308-339 Rio de Janeiro. Disponível em: https://doi.org/10.13058/raep.2018.v19n2.970

CAPÍTULO XVIII

OS BENEFÍCIOS DA REALIDADE VIRTUAL PARA O TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO DO PORTADOR DE ENCEFALOPATIA: REVISÃO INTEGRATIVA

Mariana Balduino Aguiar[87]; Xisto Sena Passos[88];
Thais Bandeira Riesco[89].
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-18

RESUMO:
O objetivo deste estudo foi o de levantar os benefícios do uso da realidade virtual na reabilitação do portador de paralisia cerebral. Para tanto, procedeu-se a uma revisão integrativa de literatura, com busca de artigos nos idiomas inglês, espanhol e português, no período de 2015 a 2020. As bases de dados consultadas foram: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Nacional de Medicina (Pubmed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Foi utilizada a estratégia PICO. Durante a consulta, foram utilizados os seguintes descritores: "reabilitação", "realidade virtual", "benefícios da realidade virtual", "paralisia cerebral". E ainda, empregou-se o operador booleano AND. Dos 71 artigos identificados, 12 foram incluídos, com base nos critérios de inclusão adotados. Por meio da análise crítica da amostra, observou-se um aumento de publicações no ano de 2018 (50%) e diminuição nos anos seguintes. Notou-se também que as plataformas de jogos virtuais mais usadas são Nintendo Wii, Xbox 360º com sensor kinect, GRAIL e IREX, nessa ordem. Todos os artigos analisados apresentaram ao menos um benefício relacionado com o uso da realidade virtual. Dentre os benefícios, os que mais se destacaram foram: controle motor, consciência corporal e melhora nos equilíbrios estático e dinâmico, no padrão de marcha, nas interações sociais e na autoimagem. Apesar de evidentes benefícios terapêuticos, ainda faltam estudos para sistematizar a intervenção de forma eficaz.
PALAVRAS-CHAVE: Realidade virtual. Benefícios da realidade virtual. Paralisia cerebral. Reabilitação.

THE BENEFITS OF VIRTUAL REALITY FOR THE PHYSIOTHERAPEUTIC TREATMENT OF ENCEPHALOPATHY PATIENTS: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT:

87Bacharel em Fisioterapia. E-mail: marianabalduinoaguiar@outlook.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5139-6055.
88 Docente na Universidade Paulista. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5252826173695562. E-mail: xisto.sena@gmail.com
89Docente na Universidade Paulista. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1440613021508984. E-mail: thaisriesco@gmail.com

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

The aim of this study was to survey the benefits of using virtual reality in the rehabilitation of patients with cerebral palsy. To this end, an integrative literature review was carried out, looking for articles in English, Spanish and Portuguese, from 2015 to 2020. The databases consulted were: Virtual Health Library (VHL), National Library of Medicine (Pubmed), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SCIELO). The PICO strategy was used. During the consultation, the following descriptors were used: "rehabilitation", "virtual reality", "benefits of virtual reality", "cerebral palsy". In addition, the Boolean AND operator was used. Among 71 identified articles, 12 were chosen, based on the inclusion criteria adopted. By the critical analysis of the sample, there was an increase in publications in 2018 (50%) and a decrease in the following years. It was also noted that the most used virtual gaming platforms are Nintendo Wii, Xbox 360 with kinect sensor, GRAIL and IREX, in that order. All analyzed articles had at least one benefit related to the use of virtual reality. Among the benefits, the ones that stood out the most were: motor control, body awareness and improvement of static and dynamic balance, gait pattern, social interaction and self-image. Despite evident therapeutic benefits, studies are still lacking to systematize the intervention effectively.
KEYWORDS: Virtual reality. Benefits of virtual reality. Cerebral palsy. Rehabilitation.

INTRODUÇÃO

A paralisia cerebral ou encefalopatia crônica não progressiva da infância refere-se às desordens do desenvolvimento motor advindas de uma lesão inicial na fase de desenvolvimento, sendo de caráter crônico e mutável. A lesão pode ocorrer nos períodos pré, peri e pós-natal, sendo sua etiologia variada. Além disso, afeta o sistema nervoso central em fase de maturação estrutural e funcional (TANNUS; RIBAS, 2016; KIRSTEN, V. *et al.*2020).

Portadores de encefalopatia apresentam complexas disfunções motoras, a saber: tônus muscular alterado, que reflete em uma postura disfuncional; déficit de equilíbrio e coordenação motora; diminuição da força muscular; perda do controle motor seletivo; alteração de sensibilidade; além de complicações secundárias, como deformidade óssea e disfunções autonômicas (GULATI, S.; SONDHI, V.; LOPES *et al.*, 2017).

Praticamente, a tecnologia está integrada a todas as atividades realizadas no dia a dia, o que auxilia a criança a aprender de maneira mais rápida e a encarar com naturalidade o mundo virtual. A fisioterapia tem buscado auxílio nessas possibilidades,

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

principalmente para a recuperação funcional de pacientes com alteração neurológica, envolvendo força, equilíbrio e controle motor (NOGUEIRA, 2016; LOPES *et al.*, 2017; SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2018; POVEDANO *et al.*, 2020).

Durante a experiência da realidade virtual, o usuário não tem apenas a impressão de estar imerso em outro mundo, como também se sente habilitado a interagir com esse mundo, relacionando-se de forma natural com a interface (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Um dos benefícios de usar a realidade virtual como meio de reabilitação é o de diminuir as barreiras que separam a criança portadora de encefalopatia das outras crianças, ampliando as possibilidades daquela.

Uma das variáveis na recuperação funcional é a crescente desmotivação do paciente pediátrico com relação à terapia. Segundo um estudo realizado por Jung *et al.* (2018), a evolução no tratamento da criança está diretamente vinculado à motivação e ao interesse em evoluir na terapia.Um estudo sobre a usabilidade do sistema Engajamento Funcional em Terapia Assistida por Exercício Robótico (FEATHERS) demonstrou que a maioria dos participantes se sente mais motivada e confortável com *streamings* rastreadores de movimento, como o sensor Kinect e o Nintendo Wii (VALDÉS *et al.*, 2014).

Apesar de amplamente aceita, a terapia com realidade virtual está em construção; suas eficácia e aplicabilidade ainda são incógnitas no mundo científico (LAZZARI et al., 2017; AYED et al., 2019). Com o surgimento de dispositivos imersivos de realidade virtual disponíveis comercialmente, como o Oculus Rift e o IREX, entende-se que se faz necessária uma maior exploração da realidade virtual em jogos ativos. Diante disso, este estudo tem por objetivo levantar os benefícios do uso da realidade virtual na reabilitação do portador de encefalopatia crônica não progressiva da infância.

METODOLOGIA

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

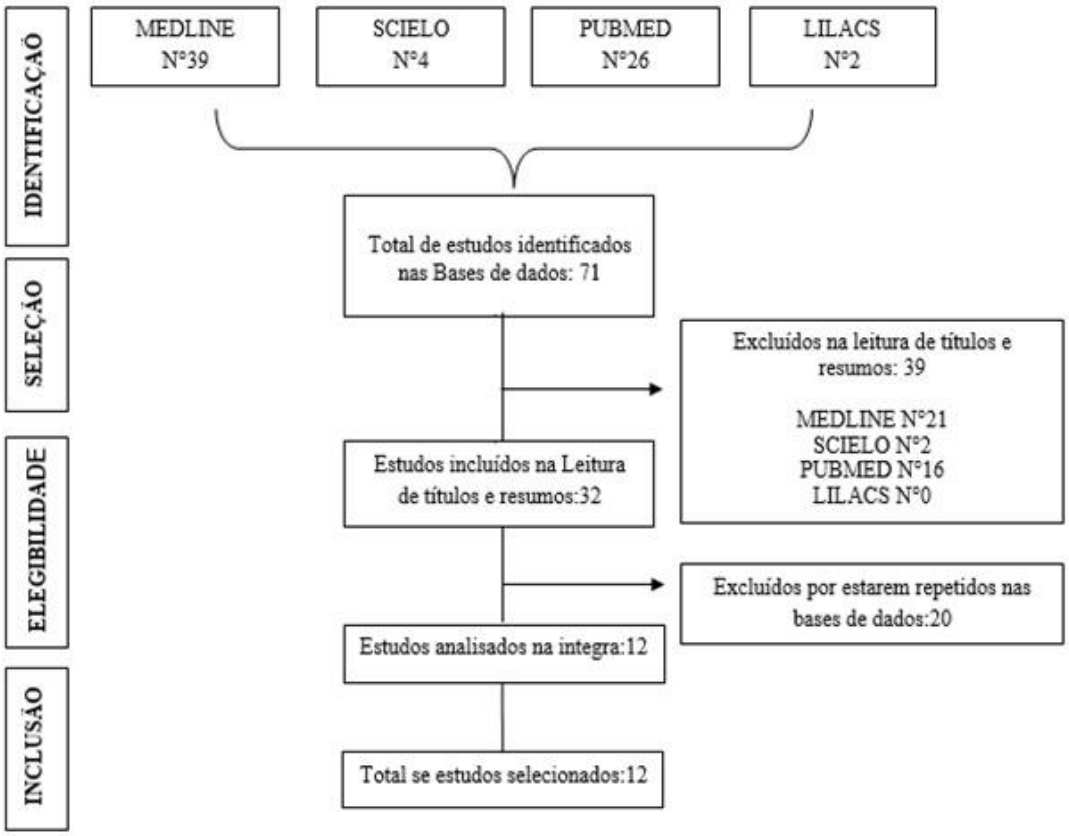
Este estudo trata-se de uma revisão integrativa de literatura. Portanto, levantou referências com base em artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, nos últimos cinco anos. As bases de dados consultadas foram: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Biblioteca Nacional de Medicina (Pubmed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Os descritores de ciências da saúde (DeCs) empregados na consulta foram estes: “reabilitação”, “realidade virtual”, “paralisia cerebral” e “benefícios da realidade virtual”, com o emprego do operador booleano AND. Como critérios de inclusão, os artigos deveriam abordar a reabilitação fisioterapêutica do portador de encefalopatia mediante o uso de realidade virtual, descrever de forma clara os benefícios da reabilitação e descrever a realidade virtual utilizada, bem como o método empregado. Por sua vez, os critérios de exclusão adotados foram: população de pesquisa diferente de crianças com paralisia cerebral; não descrição da realidade virtual aplicada e do método de intervenção; e não menção aos benefícios ou aos malefícios da intervenção.

A proposta do estudo foi o de analisar os métodos de tratamento mais aplicados e os principais tipos de pesquisas desenvolvidas nos últimos cinco anos sobre o uso de realidade virtual no tratamento do portador de encefalopatia. Ressalta-se que os artigos foram obtidos na íntegra, para categorização, leitura crítica e síntese dos estudos, conforme disposto no diagrama de deleção (Fluxograma 1).

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Fluxograma 1 – Seleção de artigos:



Fonte: Os autores.

RESULTADOS

Para a revisão, foram selecionados 12 estudos, como exposto no Fluxograma 1. Dentro da busca, não foram encontrados artigos publicados no ano de 2020 que suprissem os critérios de inclusão. Ainda assim, notou-se uma progressão nos anos de publicação, com aumento no ano de 2018 (50%) e queda no ano de 2019 (29%), como mostram as Tabelas 1 e 2. Salienta-se que a maior parte dos artigos publicados no ano de 2020 tratava-se de revisões ou estudos de caso com populações mistas.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Apesar da diminuição na produção de estudos científicos, 45% da amostra possuem nível de estudo 1, ou seja, apresentam efeitos clínicos relevantes e respondem à hipótese principal em tese, com mínima possibilidade de erro (FINAL *et al.*, 2014). Dentro da amostra, existem inúmeros objetivos, o que ratificou a escolha de revisão do tipo integrativa. Dentro dos objetivos, 31% dos autores propuseram um tratamento, e 68% avaliaram o efeito da realidade virtual em determinada área. E mais, observou-se a predominância de estudos sobre as funções dos membros superiores.

Tabela 1 – Categorização dos ensaios clínicos que compõem a amostra

AUTOR	AMOSTRA	RESULTADOS
EL-SHAMY; EL-BANNA, 2020	40 crianças entre 8 e 12 anos diagnosticadas com hemiplegia. G1: cuidados habituais. G2: treino da função motora por meio do console Nintendo Wii, envolvendo quatro tipos de jogos.	No G2, foram observadas diminuição da espasticidade e melhora da força de preensão e da função manual.
LEVAC *et al.*, 2018	11 crianças diagnosticadas com hemiparesia e diplegia. G1: terapia domiciliar, nos dispositivos Xbox 360° Kinect e Nintendo Wii. G2: terapia domiciliar e ambulatorial nos dispositivos Xbox 360° Kinect, Nintendo Wii e IREX.	Não houve alterações nas habilidades motoras grossas ou na mobilidade funcional. Porém, foi observada diminuição significativa na distância do TC6, no G2, após uma intervenção de 6 semanas. Menciona-se que a melhora no TC6 não se manteve após 3 meses de intervenção.
GAGLIARDI *et al.*, 2018	16 crianças entre 7 e 16 anos diagnosticadas com diplegia foram submetidas ao treino de marcha no dispositivo GRAIL.	Foram constatados: melhora na resistência da marcha e diminuição no gasto energético; melhora na ADM do quadril em flexão, abdução e adução; e controle postural e equilíbrio. Além disso, foram verificados aumento significativo do pico de potência no nível ao tornozelo e evolução no comprimento da passada e da velocidade de caminhada, bem como redução da largura do passo e do tempo de apoio.
JUNG *et al.*, 2018	4 crianças diagnosticadas com diplegia espástica foram submetidas à intervenção no console Xbox 360º Kinect.	Houve melhora no equilíbrio, na resistência muscular, na funcionalidade e no controle motor seletivo após o treinamento. Mesmo sendo submetidas à mesma intervenção, verificou-se, por meio da aferição do SMC, que algumas crianças desenvolveram mais alguns grupos musculares do que outras.
NASCIMENTO *et al.*, 2018	3 crianças entre 9 e 12 anos diagnosticadas com hemiparesia espástica foram submetidas a um protocolo de intervenção com RV (Nintendo Wii) e terapia convencional.	Foram observadas alterações nas variáveis analisadas do membro superior parético após ambos os treinos, sobretudo depois do treino com RV, melhorando, assim, a força de preensão palmar e a consciência corporal.
SANTOS JÚNIOR *et al.*,	Criança de 8 anos de idade, sexo masculino, com PC. Após avaliações e	O estudo demonstrou que a intervenção com RV pode alterar as ondas cerebrais, incentivando áreas

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

2018	exame de eletroencefalografia, o paciente realizou treinamentos de coordenação motora e equilíbrio no dispositivo de realidade virtual Nintendo Wii.	do controle motor e acelerando as respostas musculares, resultando em melhora da consciência corporal e do controle motor seletivo de forma geral.
TANNUS; RIBAS, 2016	5 crianças entre 2 e 7 diagnosticadas com diplegia espástica (2), hemiparesia espástica (1) e ataxia (2) foram submetidas a intervenção de três tipos de jogos do Nintendo Wii Fit plus (hulahoop, slide pinguim e soccer heading).	Todos os indivíduos apresentaram melhora nas dimensões avaliadas após a aplicação da realidade virtual. As dimensões em pé e caminhando, correndo e saltando foram as que evidenciaram os maiores índices de melhora. Os resultados obtidos sugerem, portanto, que a RV promove benefícios na motricidade grossa de indivíduos com PC.

Legenda: Teste de caminhada de seis minutos (TC6); Amplitude de Movimento (ADM); Sistema de Classificação Manual (SMC); Realidade virtual (RV); Paralisia cerebral (PC);

Tabela 2 – Categorização das revisões sistemáticas que compõem a amostra

Autor	Amostra	Principais resultados
WU; LOPRINZI; REN, 2019	11 estudos foram incluídos por meio de busca nas bases de dados chinesas CNKI e Wanfang Data e em bancos de dados em outras línguas (Web of Science, Pubmed, EBSCOhost, Informit, Scopus, Science Direct e ProQuest).	Os jogos de RV desempenharam papel positivo na melhora do equilíbrio de crianças com PC. Porém, esses resultados devem ser vistos com cautela, devido aos defeitos metodológicos atuais (diferença na medição, heterogeneidade dos grupos de controle, intervenção combinada com outros tratamentos, entre outros).
REN; WU, 2019	7 ensaios clínicos randomizados foram incluídos por meio de análise nas bases de dados chinesas CNKI e Wanfang Data, bem como em bases de dados de outros países (Web of Science, PubMed, EBSCOhost, Informit, Scopus, Science Direct e ProQuest).	O programa de intervenção com RV pode melhorar as habilidades motoras grossas de crianças com PC até certo ponto. Dessa forma, mais ensaios clínicos randomizados e controlados de qualidade são necessários para que se chegue a conclusões convincentes acerca dos efeitos da intervenção no desenvolvimento da habilidade motora grossa.
AYED *et al.*, 2019	86 ensaios clínicos randomizados foram incluídos mediante busca em bases de dados.	Geralmente, o desempenho do usuário melhorava com a prática do jogo, mas não estava claro se isso era resultado do efeito do jogo ou do aprendizado. No âmbito dos estudos analisados, o ambiente motivacional consistiu em condição para a obtenção de um bom resultado clínico.
CHEN; FANCHIANG ; HOWARD, 2018	20 estudos foram incluídos por meio da busca sistemática da literatura nas bases de dados, CINAHL, Cochrane Central Register of Controlled Trials, ERIC, PsycINFO e Web of Science, PubMed.	No que tange à função motora, observou-se que quanto maior a dosagem diária, maior o efeito terapêutico; diferentemente da deambulação, pois, nesta, quanto menor a idade, maior o efeito terapêutico. Estudos que incluem crianças com diplegia ou tipo misto apresentam resultados melhores em relação à hemiplegia na macha.

Legenda: Realidade virtual (RV); Paralisia cerebral (PC).

Tendo como base a literatura pesquisada, apenas 50% dos artigos eram ensaios clínicos experimentais. Com relação a esses estudos, os ambientes de intervenção predominantes foram o clínico e o laboratorial (83%). El-Shamy e El-Banna(2020) verificaram que a população que recebeu intervenção clínica e domiciliar apresentou, ao fim da intervenção,melhora na espasticidade, com aumento da força de preensão e ganho

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

de funcionalidade; diferentemente da população que só recebeu intervenção domiciliar. Essa população não manteve os escores após 12 semanas de intervenção.

Dentro dos ensaios clínicos e dos estudos de caso, verificou-se uma grande variação nas idades das amostras (média de 11 e12 anos), no tempo de intervenção (média de 21,5 intervenções) e nas plataformas virtuais utilizadas (Nintendo Wii, Xbox 360° Kinect, GRAIL).

Tabela 3 – Evidenciando as plataformas, o tempo de intervenção e a avaliação

Autor	Plataforma	Tempo	Avaliação
TANNUS; RIBAS, 2016	Nintendo Wii	24 sessões, 12 min por dia.	GMFG, Escala de Ashworth Modificada.
SANTOS JÚNIOR *et al.*, *2018*	Nintendo Wii	1 sessão, 60min.	Estabilométria, eletroencefalografia.
NASCIMENTO *et al.*, 2018	Nintendo Wii	3 sessões, 45min por dia.	Escala de Ashworth Modificada, Dinamômetro, Goniometria, SCM, PEDI.
LEVAC *et al.*, 2018	Xbox Kinect; Nintendo Wii eIREX	7 semanas.	TC6 e GMFG.
JUNG *et al.*, 2018	Xbox Kinect	12 sessões, 40min por dia.	SCM, PBS, TUG, escala de Ashworth modificada e TC6.
GAGLIARDI et al., 2018	GRAIL	18 sessões, 30min por dia.	GMFG, FAQ, TC6, avaliação do gasto de energia por meio do dispositivo vestível Sensewear Armband.
EL-SHAMY; EL-BANNA, 2020	Nintendo Wii	36 sessões, 40min por dia.	Escala de Ashworth modificada, dinamômetro manual e hidráulico, MACS e escala de desenvolvimento motor Peabody.

Legenda: Medida da Função Motora Grossa (GMFM); Sistema de Classificação Manual (SMC); Inventário de Avaliação Pediátrica de incapacidade (PEDI); Teste de caminhada de seis minutos (TC6); Escala de Equilíbrio Pediátrica (PBS); Timed Up and Go (TUG); Questionário de Atividades Funcionais (FAQ); Classificação de capacidade manual (MACS).

DISCUSSÃO

A crescente motivação e o interesse por parte dos pacientes na terapia com realidade virtual corroboram a teoria do fluxo, de Csikszentmihalyi (1975). Conforme essa teoria, indivíduos que gostam de determinada atividade provavelmente irão querer repeti-la. A persistência do paciente pediátrico influencia de forma direta os resultados da terapia, como comprovado por Luna-Oliva *et al.* (2013), em que os maiores valores avaliados de força muscular estavam acompanhados dos maiores *escores* de motivação.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Certamente, a independência da terapia consiste em um diferencial da reabilitação por meio da realidade virtual, visto que esta pode ser realizada tanto na clínica quanto em domicílio. Estudos comprovam a eficácia da reabilitação até mesmo no ambiente escolar da zona rural (ROSIE *e tal.*, 2015). Uma de suas principais vantagens é o livre acesso, sem a necessidade da supervisão de um profissional ou estar inserida em um ambiente específico. Mesmo os estudos comparativos, nos quais o lar apresentou-se inferior ao ambiente clínico, a avaliação da qualidade de vida do paciente foi equivalente (CHIU; ADA; LEE, 2014). Neste sentido, pode-se afirmar que, dentre os benefícios da terapia com a realidade virtual, destacam-se a acessibilidade e a crescente motivação do paciente.

Nos estudos analisados, os resultados mais favoráveis foram observados nas intervenções que utilizaram mais de um tipo de jogo ativo (CHEN; FANCHIANG; HOWARD,2018). Estabelecendo uma comparação entre o estudo de Park *et al.*(2017) e o de Pavão *et al.*(2014), que analisaram a mesmas variáveis e população, nota-se que o primeiro, ao utilizar o triplo de jogos ativos, obteve os mesmos resultados positivos que o segundo, mas em um tempo menor (metade do tempo) de intervenção. Sendo assim, é importante ressaltar que os jogos escolhidos devem compartilhar a ativação do mesmo grupo muscular ou o mesmo objetivo de tratamento.

Apesar dos muitos benefícios do console Nintendo Wii, este não é indicado em pacientes com hipertonia de flexores de punho, pois o manuseio do controle para captação dos movimentos pode reforçar o padrão patológico. Em casos específicos como esse, alguns autores recomendam o uso do sensor Kinect (WU; LOPRINZI; REN, 2019).

A plataforma japonesa Nintendo Wii foi a mais utilizada para o treino de equilíbrio. A despeito do pouco tempo de intervenção (média de 4,5 sessões), houve melhoras nos valores do Escala de Equilíbrio Pediátrica (PBS), como demonstrados pelos estudos de Santos Júnior *et al.* (2018) e Nascimento *et al.*(2018). A intervenção por meio da plataforma Xbox 360° Kinect foi a segunda mais utilizada na amostra (Tabela 3). Mesmo apresentando variações no tempo de intervenção, todos os estudos

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

obtiveram bons resultados no tocante ao equilíbrio, à consciência corporal e à coordenação motora.

Importa mencionar que a realidade virtual tem como propriedade o *biofeedback* visual, que promove estímulo de autocorreção postural, além de condutas terapêuticas relacionadas com o jogo escolhido. Todo esse processo favorece a evolução do equilíbrio e da coordenação motora, o que justifica a melhora dos *escores*, independentemente do tempo de intervenção.

É consensual na literatura que o objeto estudado tem uma boa adaptação e aceitação, principalmente por seus benefícios físicos e sociais (KASSEE*et al.*, 2017; ARNONI *et al.*, 2018). A parte recreativa e lúdica faz com que o dispositivo tenha maior adesão pelo paciente. Entretanto, é perceptível a limitação dos protocolos, das intervenções dos dispositivos e de seus respectivos resultados, devido à sua variabilidade (LOPES *et al.*, 2017), o que inviabiliza a padronização de um protocolo.

CONCLUSÃO

A terapia de realidade virtual é atrativa e bem aceita pelos pacientes, sendo acessível e de fácil manuseio. Além disso, não possui restrições para o uso doméstico. Os benefícios da intervenção são inúmeros, a saber: melhora no equilíbrio, no controle motor, na motricidade, na funcionalidade, na força muscular e na coordenação motora, além de promover a evolução nas interações sociais, a autoimagem e a motivação. Ressalta-se, todavia, que, para se alcançar os objetivos propostos, é preciso traçar um plano de intervenção, determinando o tempo, o tipo de jogo, o ambiente, bem como se haverá ou não terapia convencional combinada.

Como limitação do estudo, importa mencionar a falta de consenso na literatura sobre a implementação da terapia. A despeito disso, os autores pesquisados concordam que o treino de realidade virtual é mais eficaz quando se emprega mais de um tipo de

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

jogo e que os benefícios para o equilíbrio e o controle motor são inerentes aos dispositivos.

Na literatura, ainda é possível encontrar muitas imprecisões sobre a relação das plataformas de jogos virtuais. Contudo, pontua-se que a plataforma Nintendo Wii tem sido amplamente utilizada para fins terapêuticos de equilíbrio e que a utilização de mais de um tipo de jogo durante a reabilitação traz mais benefícios em um menor intervalo de tempo. Ademais, observou-se que a ausência de uma padronização de protocolos não limita o tratamento, uma vez que cada indivíduo é um ser único com necessidades exclusivas.

REFERÊNCIAS

1. ARNONI, J. L. B.*et al*. Efeito da intervenção com videogame ativo sobre o autoconceito, equilíbrio, desempenho motor e sucesso adaptativo de crianças com paralisia cerebral: estudo preliminar. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Carlos - Brasil, v. 25, n. 3, p. 294–302. 2018.

2. AYED, I.*et al*. Vision-based serious games and virtual reality systems for motor rehabilitation: A review geared toward a research methodology. *International Journal of Medical Informatics*, v. 131, n. 1, p. 2–11, nov. 2019.

3. CHEN, Y.; FANCHIANG, H. D.; HOWARD, A. Effectiveness of Virtual Reality in Children With Cerebral Palsy: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Physical Therapy*, v. 98, n. 1, p. 63–77, jan. 2018.

4. CHIU, H.-C.; ADA, L.; LEE, H.-M. Upper limb training using Wii Sports Resort for children with hemiplegic cerebral palsy: A randomized, single-blind trial. *Clinical Rehabilitation*, v. 28, n. 10, p. 1015–1024, oct. 2014.

5. CSIKSZENTMIHALYI, M. *Além tédio e ansiedade.* San Francisco, EUA: Jossey-Bass - USA. 1975.

6. EL-SHAMY, S. M.; EL-BANNA, M. F. Effect of Wii training on hand function in children with hemiplegic cerebral palsy. *Physiotherapy Theory and Practice*, v. 36, n. 1, p. 38–44, jan. 2020.

7. FINAL, E.*et al*. *Sistemática integrativa*. Belo Horizonte: Anima Educação.2014.

8. GAGLIARDI, C.*et al*. Immersive Virtual Reality to Improve Walking Abilities in Cerebral Palsy: A Pilot Study. *Annals of Biomedical Engineering*, v. 46, n. 9, p. 1376–1384, set. 2018.

9. GULATI, S.; SONDHI, V. Cerebral Palsy: an overview.*The Indian Journal of Pediatrics*, v.85 , n.1, p.1006-1016 , nov. 2017.

10. JUNG, S. H.*et al*. Does virtual reality training using the Xbox Kinect have a positive effect on physical functioning in children with spastic cerebral palsy? A case series. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, v. 11, n. 2, p. 95–101. 2018.

11. KASSEE, C.*et al*. Home-based Nintendo Wii training to improve upper-limb function in children ages 7 to 12 with spastic hemiplegic cerebral palsy. *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine*, v. 10, n. 2, p. 145–154, may. 2017.

12. KIRSTEN, V. *et al* .Cerebral Palsy:an overview. *American Family Physician*, California - USA v. 101, n. 4, p. 2013-220, fev. 2020.

13. LAZZARI, R. D.*et al*. Effect of Transcranial Direct Current Stimulation Combined With Virtual Reality Training on Balance in Children With Cerebral Palsy: A Randomized, Controlled, Double-Blind, Clinical Trial. *Journal of Motor Behavior*, v. 49, n. 3, p. 329–336. 2017.

14. LEVAC, D.*et al*. Active Video Gaming for Children with Cerebral Palsy: Does a Clinic-Based Virtual Reality Component Offer an Additive Benefit? A Pilot Study. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, v. 38, n. 1, p. 74–87, feb.2018.

15. LOPES, P. C.*et al*. Realidade Virtual em uma estratégia de Reabilitação Neurofuncional: revisão sistemática. *Varia Scientia - Ciências da Saúde*, v. 3, n. 1, p. 86–98. 2017.

16. LUNA-OLIVA, L.*et al*. Kinect Xbox 360 as a therapeutic modality for children with cerebral palsy in a school environment: A preliminary study. *Neuro Rehabilitation*, v. 33, n. 4, p. 513–521. 2013.

17. NASCIMENTO, N. F. do *et al*. Treino com realidade virtual no alcance manual de crianças com paralisia cerebral: estudo de três casos. *Fisioterapia Brasil*, v. 19, n. 2, p. 223–230. 2018.

18. OLIVEIRA, L. C. de *et al*. Realidade Virtual aplicada no desenvolvimento de um Serious Game para Reabilitação de Cadeirantes utilizando Kinect. *XV SBGames*, São Paulo, p. 718–721. 2016.

19. PARK, D.-S.*et al*.Effects of Virtual Reality Training using Xbox Kinect on Motor Function in Stroke Survivors: A Preliminary Study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, v. 26, n. 10, p. 2313–2319, oct. 2017.

20. PAVÃO, S. L.*et al*.Impacto de intervenção baseada em realidade virtual sobre o desempenho motor e equilíbrio de uma criança com paralisia cerebral: estudo de caso. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 32, n. 4, p. 389–394. 2014.

21. POVEDANO, E.*et al*. Analysis of dynamic elbow flexion deformity in children with hemiplegic cerebral palsy.*Clinical Biomechanics*, v. 81, n. 1, p.1-5. 2020.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

22. REN, Z.; WU, J. The effect of virtual reality games on the gross motor skills of children with cerebral palsy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 16, n. 20, p. 2–15, oct. 2019.

23. ROSIE, J. A.*et al*.Virtual rehabilitation in a school setting: Is it feasible for children with cerebral palsy? *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, v. 10, n. 1, p. 19–26. 2016.

24. SANTOS JÚNIOR, F. F. U.*et al*.Efeitos de uma intervenção com realidade virtual no controle motor de uma criança com paralisia cerebral: um relato de caso. *Motricidade*, v. 14, n. 1, p. 351–354. 2018.

25. TANNUS, L. da S. P.; RIBAS, D. I. R. Evaluation of gross motor function before and after virtual reality application. *Fisioterapia em Movimento,* v. 29, n. 1, p. 131–136. 2016.

26. VALDÉS, B. A.*et al*. Usability testing of gaming and social media applications for stroke and cerebral palsy upper limb rehabilitation. *Annu Int Conf IEEE Eng Med Biol Soc.*, p. 3602–3605. 2014.

27. WU, J.; LOPRINZI, P. D.; REN, Z. The rehabilitative effects of virtual reality games on balance performance among children with cerebral palsy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 16, n. 21, p. 34–40, nov. 2019.

28. ZANINI, G.; CEMIN, N. F.; PERALLES, S. N. Paralisia cerebral: causas e prevalências. *Fisioterapia em Movimento*, v. 22, n. 3, p. 375–381, jul./set. 2009.

CAPÍTULO XIX

PARTICIPAÇÃO DO PAI DURANTE O PRÉ-NATAL: PERCEPÇÃO DE GESTANTES

Yasmim Gonçalves Teles Santos[90]; Alexsandra de Luna Freire Holanda[91];
Maria de Lourdes Vieira Lins[92]; Erta Soraya Ribeiro César Rodrigues[93];
Myllena Maria Tomaz Caracas[94]; Edna Samara Ribeiro César[95].
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-19

RESUMO:
Objetivo: Analisar a participação do pai nas consultas de pré-natal na percepção das gestantes e com objetivos específicos de caracterizar as gestantes participantes do estudo e identificar os fatores que interferem na participação do pai nas consultas de pré-natal. Método: Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa que foi realizado nas Unidades de Saúde da Família de Camutanga/PE. A coleta de dados foi realizada por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Resultados: A principal acompanhante nas consultas de pré-natal foram as mães das gestantes, o trabalho foi apontado pelo pai como a principal causa do não acompanhamento nas consultas, e que eles relatam não gostar do posto de saúde por isso elas não conversam sobre a importância da presença deles na consulta. Conclusão: A paternidade dá início a um momento de extrema importância na vida do homem e, com isso, estabelece uma cadeia de competências e saberes indispensáveis para explorar e adaptar-se às responsabilidades que o relacionamento com o filho exige.
PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Pré-natal. Participação do pai. Saúde Pública.

FATHER'S PARTICIPATION DURING PRENATAL CARE: PERCEPTION OF PREGNANT WOMEN

ABSTRACT:
Objective: To analyze the father's participation in prenatal consultations in the perception of pregnant women and with specific objectives to characterize the pregnant women participating in the study and identify the factors that interfere with the father's

90 FACENE, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: ytelessantos@hotmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3952-0911.
91 Maternidade Frei Damião, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: alexsandraluna1989@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5357-4468.
92 FACENE, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: maluvlins@gmail.com ORCID: https://orcid.org/0000-0002-7844-3923.
93 Faculdades Integradas de Patos, Patos, PB, Brasil. E-mail: ertasoraya@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1150-5157.
94 Secretária estadual de saúde do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail myllenatcaracas@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0997-3904.
95 Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança e Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula. Enfermeira do Ambulatório de HIV/AIDS do Complexo Hospitalar Clementino Fraga, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: samaraenfermagem@outlook.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1150-5157.

participation in prenatal consultations. Method: This is an exploratory descriptive study with a quantitative approach that was carried out in the Family Health Units of Camutanga/PE. Data collection was carried out through a semi-structured interview script, after approval of the project by the Ethics and Research Committee of the Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Results: The main companion in the prenatal consultations were the mothers of the pregnant women, work was pointed out by the father as the main cause of not being followed up in the consultations, and that they report not liking the health center, so they do not talk about the importance of their presence in the consultation. Conclusion: Paternity begins an extremely important moment in a man's life and, with this, establishes a chain of essential skills and knowledge to explore and adapt to the responsibilities that the relationship with the child requires.
KEYWORDS: Nursing. Prenatal. Parent participation. Public Health.

INTRODUÇÃO

A gravidez é um processo fisiológico normal e natural na vida de uma mulher, porém, para tal evento, o organismo é modificado aos poucos no decorrer do seu desenvolvimento. Por isso é fundamental que o profissional de saúde entenda e valorize essas modificações, a fim de que, ao longo das consultas, a gestante se sinta segura e acolhida durante o período gestacional e puerperal. Essas mudanças são essenciais para a conservação da gravidez, o crescimento do feto, o parto e a lactação[1].

Essas transformações físicas e sociais despertam ansiedade e estresse, tanto no meio familiar quanto individual, requerendo do enfermeiro um olhar clínico preciso deste quadro nas consultas de enfermagem, com uma assistência pré-natal de qualidade, visando uma família grávida, sendo criada para um parto e pós-parto de qualidade[2].

Assim, a participação do homem nas consultas pode contribuir para o relacionamento entre pai e filho. Mas, para que isso ocorra, também deve haver um encorajamento por parte dos profissionais, principalmente do enfermeiro da atenção básica que é responsável pelo acolhimento do pai[3].

O processo gestacional tem deixado de ser apenas da mulher, mudanças têm ocorrido nos últimos anos e principalmente no que se refere à maternidade e paternidade

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

sendo quebrado esse "tabu". A chegada do homem nesse processo de planejamento familiar e reprodutivo mostra a ele uma ideia, até mesmo, de igualdade de gênero[4].

Além disso, a participação do pai no pré-natal deve ser estimulada durante as atividades de consulta e também de grupo, para preparar o casal para o parto. A gestação, o parto, o nascimento e o puerpério são eventos cheios de sentimentos intensos, momentos de crises construtivas, com forte potencial positivo para estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais[5].

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o cuidado na atenção pré-natal, perinatal e puerperal deve estar centrado nas famílias e ser dirigido para as necessidades não só da mulher e seu filho, mas do casal[6].

Assim sendo, o pré-natal de acordo com a singularidade de cada gestante, recebe a mulher desde o início de sua gravidez, sanando as dúvidas que pode haver medos, angústias, fantasias ou apenas a curiosidade do que acontece dentro do seu corpo. Sabendo da importância de acolher o companheiro da mulher, sem impor obstáculos à sua participação no pré-natal, a gestação ocorre com mais tranquilidade, menos traumas e um maior vínculo familiar[7]. Diante do exposto, surge a seguinte questão norteadora: Qual a percepção das gestantes sobre a participação do pai nas consultas de pré-natal?

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no município de Camutanga/PE, que está localizada na zona da mata norte, a 115,2 km da capital Pernambucana e a 57km de João Pessoa PB, com população de 8.530 habitantes. Possui uma usina de álcool e açúcar (Usina Central Olho D'água), em que a renda da cidade gira em torno dela, da prefeitura e comércio local. Possui uma área de zona rural, com 3 engenhos e apenas uma UBS que abrange toda área.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

O local escolhido para a realização da pesquisa foi nas três (03) Unidades de Saúde da Família da cidade de Camutanga PE. São 2 Unidades na zona urbana e 1 na zona rural perfazendo um total de 2.583 famílias cadastradas. O atendimento nas referidas unidades dá-se das 08:00hrs às 12:00hrs e 13:00hrs às 16:00hrs, com consultas de enfermagem, médicas e odontológicas, vacinação, testes rápidos (Hepatite B e C, HIV e Sífilis), pré-natal, puericultura, visita domiciliar, e projetos de promoção e prevenção de saúde e todas com os serviços do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família).

A população foi constituída por gestantes que realizam o pré-natal nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município mencionado. Atualmente é realizado o acompanhamento pré-natal de 40 gestantes.

O cálculo amostral feito teve como parâmetros: n=40, erro amostral de 5%, intervalo de confiança de 95%. O cálculo amostral foi feito com o *software* Epi Info 7.0. Após cálculo amostral, a amostra foi composta por 35 gestantes e foram levados em consideração os seguintes critérios de inclusão: ter união estável ou ser casada; ter realizado, no mínimo, 2 consultas pré-natal; Consintam em participar voluntariamente da pesquisa e que assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de exclusão foram: Gestantes solteiras; Gestantes que não possuam as faculdades mentais preservadas ou qualquer outra limitação que as impedem de responder ao roteiro da entrevista.

Foi utilizado um formulário semiestruturado, individual com objetivos já esclarecidos na pesquisa com dados sociodemográficos previamente elaborados. A coleta de dados foi realizada em uma sala das unidades cedida pela enfermeira da Unidade, pela manhã. Primeiramente, houve um contato prévio com as gestantes, em que foram explanados os objetivos e justificativa da pesquisa, a importância da mesma e a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados obtidos foram analisados por meio da estatística simples, expressos em gráficos e tabelas, discutidos criteriosamente com base na literatura.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa preconizada pela Resolução 466/12, no Art. III do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – CNS/ MS, que implica no respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa; bem com a Resolução COFEN 564/2017, que trata do código de ética dos profissionais de Enfermagem. O projeto foi apresentado sob o protocolo n. 173/2019, conforme o CAAE n. 23240719.3.000.5179.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo diretamente seres humanos, o referido estudo apresenta riscos mínimos aos seus participantes, podendo ser de ordem psicológica pelo constrangimento e exposição em responder perguntas a respeito da sua individualidade. Dessa forma, os participantes foram informados que suas identidades serão mantidas em sigilo, garantindo sua privacidade e confidencialidade. A coleta de dados deu-se após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os benefícios sobressaem seus riscos, tendo em vista que, a realização dessa pesquisa diz respeito ao conhecimento acerca da participação do pai no pré-natal, atuando no processo de inserção dos homens nos serviços e ações de saúde e visando o aperfeiçoamento, eficácia, qualidade e ampliação do número de usuários.

RESULTADOS

Os resultados deste estudo, cujo objetivo foi de analisar a participação do pai durante o pré-natal na visão das gestantes, foram apresentados sob a forma de gráficos e tabelas. Nessa etapa, destaca-se que foi possível aplicar o questionário com 35 gestantes, no turno da manhã na cidade de Camutanga - PE.

Conforme os dados demonstrados na tabela 1, com total de 35 gestantes, a maioria tem entre 17-22 anos (n=14), em união estável (n=20), de ensino médio completo (n=17) e donas de casa (n=14). Ao responder o questionário, algumas colocaram dona de casa como profissão por estarem desempregadas há algum tempo.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Tabela 1: Distribuição relativa a caracterização social das participantes da pesquisa (N:35).

Idade	N	%
17-22	14	40
23-28	9	25,7
29-34	9	25,7
35-40	4	8,6

Situação conjugal	N	%
Casada	15	42,8
União Estável	20	57,2

Escolaridade	N	%
Sem escolaridade	0	0
Ens. Fundamental	13	37,2
Ens. Médio	17	48,5
Ens. Superior	5	14,3

Profissão	N	%
Estudante	2	5,7
Dona de casa	14	40
Domestica	5	14,2
Agricultora	5	14,2
Professora	3	11,4
Recepcionista* **Aux. Administrativo*** **Boleira*** **Vendedora*** **Faxineira***	5	14,5

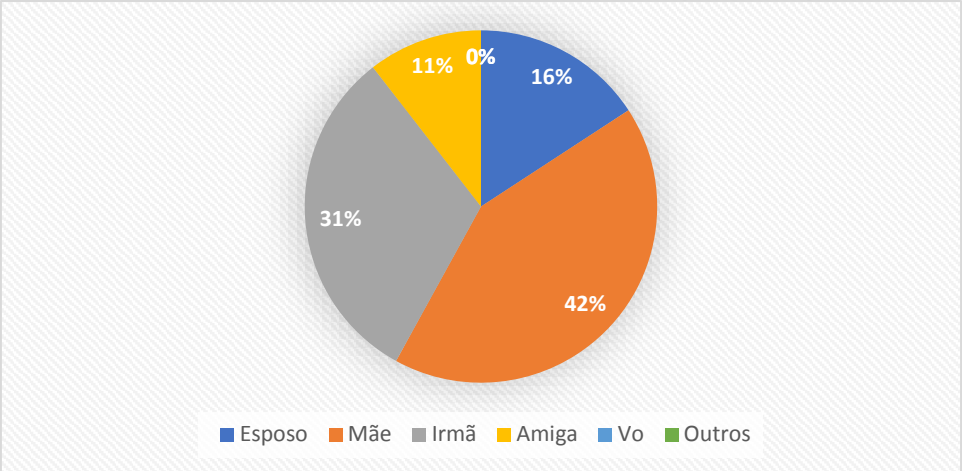
Fonte: Pesquisa direta-Camutanga PE 2019

*Cada profissão é referente a 2,9% cada (N=1)

Dentre as entrevistadas, expresso no gráfico 1, a maioria das gestantes preferem ir acompanhadas para as consultas pela mãe 42,2%.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

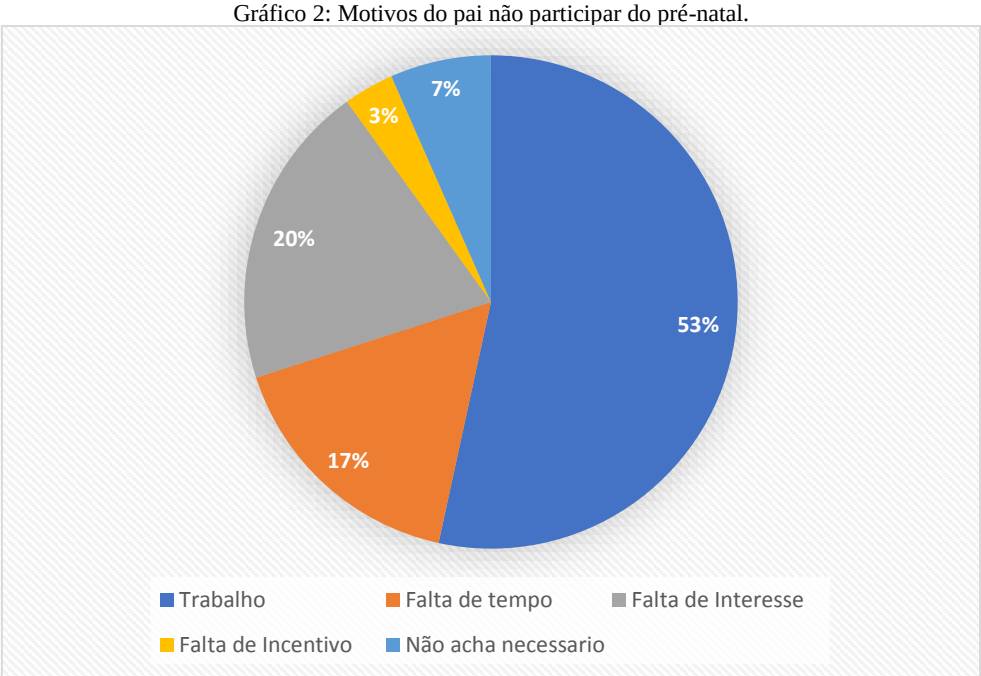
Gráfico 1: Pessoas com quem as gestantes preferem serem acompanhadas ao pré-natal.



Fonte: Pesquisa direta. Camutanga PE, 2019.

Conforme o gráfico 2, os motivos do pai não participar do pré-natal, 53% relataram ser devido ao trabalho e assim não serem prejudicados financeiramente.

Gráfico 2: Motivos do pai não participar do pré-natal.

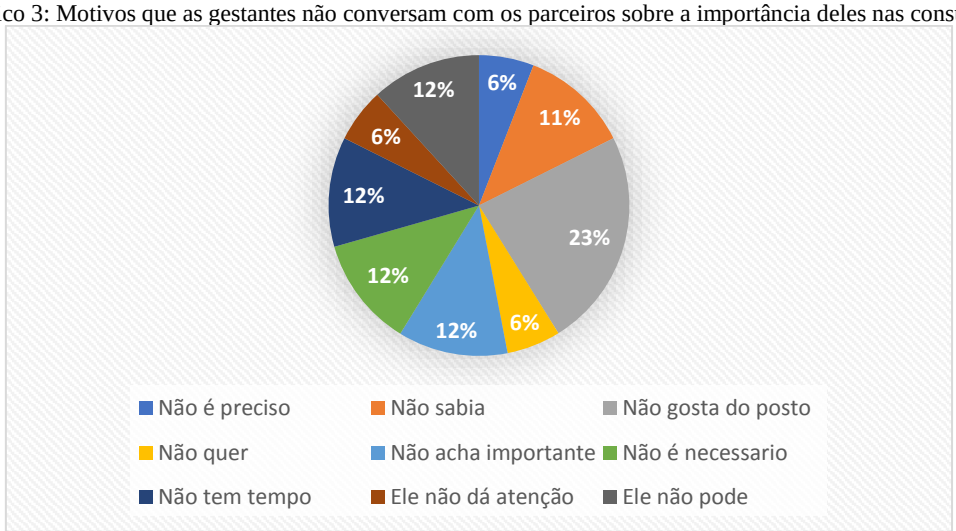


Fonte: Pesquisa direta. Camutanga PE, 2019.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Conforme o gráfico 3, o principal motivo das gestantes não conversarem com os parceiros sobre a importância delas nas consultas é que 23% afirma que eles não gostam de frequentar o posto.

Gráfico 3: Motivos que as gestantes não conversam com os parceiros sobre a importância deles nas consultas.



Fonte: Pesquisa direta. Camutanga PE, 2019.

DISCUSSÃO

No presente estudo, a maioria das entrevistadas têm idade entre 17 e 22 anos, ensino médio completo, casadas, donas de casa, que vão acompanhadas a maior parte das vezes com a mãe, afirmam já terem conversado com o parceiro sobre a importância da presença dele nas consultas do pré-natal, porém, devido o trabalho isso não acontece, pois ainda tem a visão de que o homem o provedor do lar, sendo mais importante não faltar um dia de trabalho do que acompanhá-la para não faltar dinheiro no final do mês, sendo este o motivo principal deles não estarem presentes.

Apenas três gestantes vão acompanhadas pelo parceiro às consultas, algumas ainda relataram, em conversa, que os parceiros as acompanham apenas nas ultrassonografias para descobrir o sexo do bebê.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Foi observado que nos serviços de saúde, em especial a Estratégia de Saúde da Família, 60% das entrevistadas não tinham conhecimentos sobre a Lei 11.108 – Lei do acompanhante- que dá direito a mulher de ter a companhia do pai durante o pré-natal, parto e pós-parto imediato, cabendo aos profissionais fornecerem informações sobre a lei para que a gravidez não seja vivida tão sozinha em momentos tão especiais.

Estudo feito no Mato Grosso as gestantes entrevistadas, não vão acompanhada pelos parceiros e dentro desse percentual, o pai não acompanha por motivos de trabalho[8].

Outro estudo realizado 20 mulheres gestantes cadastradas no Centro de Saúde Mercedes Barroso, no município de Tucuruí-PA, constatou-se que das vintes gestantes entrevistadas, dez informaram participarem das consultas pré-natais sozinhas, e que o principal motivo é o trabalho dos familiares, entre as que possuem a participação afirmam que essa participação não se dá em todas as consultas[9].

Nessa compreensão, percebe-se que o cônjuge que foi criado sob uma paternidade tradicional, quando não há o envolvimento com tarefas relacionadas à casa, seu papel está inteiramente voltado ao sustento da família, sobrecarregando a mulher com várias atividades do lar, cuidado dos filhos, podendo até levar o casamento à ruína[10].

Ainda segundo a autora supracitada, as experiências vivenciadas por esse pai vêm de geração em geração, foi a forma que o avô dele aprendeu, que passou para o pai e assim ele vai repassar para o filho. E isso pode mudar de acordo com o papel que ele desempenha na família atual. A participação dele no pré-natal causa enorme reflexo no que se refere ao relacionamento com sua esposa, demonstrando a qualidade de vida do relacionamento por estarem emocionalmente mais ligados, preparando-se para chegada do filho.

Essa ausência paterna durante todo esse período, pode ser referente também ao fato do pai “encarar” a gravidez como uma doença da mulher ou só como aumento de peso. Porém, quando ele ouve os batimentos cardíacos fetais, assiste a ultrassom, sente o bebê, o pensamento sobre a mulher muda e ele, a partir disso, se sente envolvido e com uma nova percepção sobre a gravidez[11].

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Para Magalhães (2018), é nessa fase do pré-natal que o pai é o melhor apoio para a gestante, demonstrando confiança, segurança, ele tem como objetivo a criação ideal para a família, tornando-se perceptível a partir do terceiro trimestre da gestação a influência no peso ao nascer do bebê e também a menor incidência da prematuridade[11].

A falta de atrativos, ou que o "posto é lugar somente para mulheres e crianças", tem afastado cada vez mais o homem da Atenção Básica. Fato esse, consolidado onde 23% das entrevistadas confirmaram, relatando que seus parceiros não participam das consultas por não gostarem do posto e por isso elas nem fazem questão de conversar sobre a importância de sua participação por conta do lugar. Sendo assim se faz necessário que os profissionais elaborem atividades e estratégias nas Unidades Básicas de Saúde a fim de promover uma maior adesão paterna ao pré-natal.

Entre os avanços que aconteceram relacionados ao período gestacional, o homem passa a ter uma postura mais atuante na gravidez. Inseri-lo nas consultas de pré-natal é uma maneira de proporcionar fortalecimento do vínculo com a parceira e maior interesse e compreensão do ciclo gravídico-puerperal. Porém muitas vezes a relação de gênero influencia diretamente nas ações dos companheiros devido a coerção social impulsionada serem tão forte fazendo com que alguns companheiros nem entrem nas consultas tornando esse momento exclusivo da mulher[12].

Baseado nessa dificuldade do homem e para seu bem-estar, foi criado pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) pela Portaria nº 1.944/GM/MS, de 27 de agosto de 2009. Essa Política vem sendo regida sobre os princípios da universalidade, equidade e humanização dos serviços e ações voltadas especificamente ao homem adulto de 20 a 59 anos. Uns dos direitos da PNAISH são os direitos sexuais e reprodutivos, onde relata que é necessário que haja uma conscientização do homem sobre seus direitos e deveres no planejamento familiar.

É nas consultas que direcionam todas as responsabilidades relacionadas à reprodução e aos cuidados das crianças e das mulheres quando sozinhas. Isso acaba

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

afastando os homens, tanto dos compromissos e dos deveres que rondam, quanto dos prazeres e dos aprendizados que advém deste universo[13].

Assim sendo, para o sistema público de saúde, sempre foi uma instigação inserir o homem em suas ações, sendo que não se tem a saúde masculina de forma absoluta. Essa atenção mais detalhada forneceria um maior conhecimento da excentricidade masculina, tanto pros profissionais quanto para o próprio homem[14].

A paternidade dá início a um momento de extrema importância na vida do homem e, com isso, estabelece uma cadeia de competências e saberes indispensáveis para explorar e adaptar-se às responsabilidades que o relacionamento com o filho exige[15].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu perceber que a participação do pai nas consultas de pré-natal, ainda é muito baixa, bem como evidenciar que há formas diferentes referentes às gestantes, aos serviços de saúde e aos próprios pais tornando esse acontecimento.

Existem dificuldades relacionadas ao envolvimento dos pais nesse processo, por motivos do trabalho ou simplesmente porque elas não querem a presença deles. É de fundamental importância que o serviço de saúde oriente ao pai no que se refere aos seus direitos de acompanhar a gestante nas consultas pré-natal, no momento do parto e do pós-parto beneficiando um maior vínculo da paternidade e melhores condições de adequação no tocante a mudanças que existem neste período ligadas ao ser pai na sociedade e na sua família.

Diante disso, sugere-se a realização de mais estudos, agora envolvendo o mercado de trabalho do pai, com informações sobre o direito dele, como trabalhador, em acompanhar sua esposa/companheira nas consultas sem ter receio em faltar algumas horas do trabalho. Uma vez que é importante compreender o processo em que eles estão

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

envolvidos desde a decisão de ter um filho, à gestação, parto e a criação dos filhos, prestando apoio para a mulher.

REFERÊNCIAS

1. Pereira MOS. A importância do suporte familiar na efetivação do pré-natal proposto pelas diretrizes do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). [Dissertação de mestrado em gestão integrada do território]. Governador Valadares MG (Brasil): Universidade Vale do Rio Doce; 2015.

2. Santos MC. Atuação da enfermagem diante da assistência pré natal. [Trabalho de conclusão de curso em Enfermagem]. Guarapuava PR (Brasil): Centro Universitário Campo Real; 2020. [acesso em 02 de Jun 2021]. Disponivel em: http://repositorio.camporeal.edu.br/index.php/tccenf/article/view/436/202.

3. Caldeira LA, Ayres LFA, Oliveira LVA, Henriques BD. A visão das gestantes acerca da participação do homem no processo gestacional. Rev enferm do Centro-oeste Mineiro. [Internet]. 2017 [acesso em 03 de jun 2021]; 7(e1417). Disponivel em: https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1417.

4. Vasconcelos ARA. O homem no pré-natal: Uma revisão integrativa da última década. [Pós graduação em Saúde da Familia]. Limoeiro do Norte CE (Brasil): Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira; 2018. [acesso em 15 de Jun 2021]. Disponível em: https://repositorio.unilab.edu.br/jspui/handle/123456789/1553.

5. Gonçalves JR, Silva TS. A importância da presença do pai nas consultas de pré-natal. Rev JRG de estudos acadêmicos. [internet]. 2020 [acesso em 16 de Jun 2021]; 3(6). Disponível em: http://doi.org/10.5281/zenodo.3893198.

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Estado da Saúde. Guia do pré-natal na atenção básica. [Internet]. Rio Grande do Sul: Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Assessoria Técnica de Planejamento; 2018 [acesso em 21 de Jun 2021]. Disponível em: https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201901/09090527-guia-pre-natal-na-atencao-basica-web.pdf.

7. Chaves LHS. Plano de intervenção para inserção do parceiro da gestante na rotina da assistência de pré-natal: experiência de equipe de saúde em coreaú-ce. [Trabalho de conclusão de curso em especialização em Saúde da Família]. Fortaleza (Brasil): Universidade Federal do Ceará; 2019. [acesso em 25 Jun 2021]. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/19861

8. Cardoso VEPS, Silva Junior AJD, Bonatti AF, Santos GWSD, Ribeiro TAN. A participação do parceiro na rotina pré-natal sob a perspectiva da mulher gestante. Rev.

pesqui. cuid. fundam.[internet].2018 [acesso em 18 Jun 2021]; 10(3). Disponivel em: https://doi.org/*10.9789/2175-5361.2018.v10i3.856-862*.

9. Medeiros TSP, Arruda LY, Moia MYS, Machado EP, Igreja PN, Silva KC. Percepção das gestantes sobre a participação familiar no pré-natal. Rev Braz. J. of Develop. [internet]. 2020 [acesso 16 Jun 2021]; 6(4). Disponível em: https://doi.org/*10.34117/bjdv6n4-156*

10. Amaro NCDS. Valorização da paternidade no pré-natal: revisão narrativa de literatura [Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem]. Campina Grande PB (Brasil): Universidade Federal de Campina Grande; 2018. [acesso em Mar 2021]. Disponível em: http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/7746.

11. Magalhães J, Couto G, Fernandes C, Oliveira I. Envolvimento do pai no período pré natal: Revisão integrativa. Revista de Investigação & Inovação em Saúde [Internet]. 2018 [acesso em Jun 2021 15];1(2):49-60. Disponível em: https://doi.org/10.37914/riis.v1i2.42.

12. Henz GS, Medeiros CRG, Salvadori M. A inclusão paterna durante o pré-natal. Rev Enferm Atenção Saúde. [Online]. 2017 [acesso em 03 Mar 2021]; 6(1): 52-66. Disponível em: http://hdl.handle.net/10737/1732.

13. Miura PO, Guimarães MR, Lima EFO, Santos KAM, Ferro MESS. A participação do pai no pré-natal: Experiência de companheiros de adolescentes grávidas. Gep News [Internet]. 2019 [acesso em Jun 2021 15];2(2):299-303. Disponível em: https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/7915/5753.

14. Costa MJF, Mendes VCO. Implantação do projeto de pré-natal paterno no município de Pesqueira–PE. Revista Caravana - Diálogos entre Extensão e Sociedade [Internet]. 2018 [acesso em Jun 2021 15];3(2):160-173. Disponível em: http://caravana.ifpe.edu.br/index.php/caravana/article/view/327/pdf_1.

15. Ribeiro JP, Gomes GC, Silva BT da, Cardoso LS, Silva PA da, Strefling I da SS. Participação do pai na gestação, parto e puerpério: refletindo as interfaces da assistência de enfermagem. Espac. Saude [Internet]. 2015 [acesso 2021 Jun 2021 15];16(3):73-82. Disponível em: http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/398.

CAPÍTULO XX

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA MORTALIDADE MATERNA EM UMA CAPITAL DO NORDESTE

Clarice Emília Silva Munguba[96]; Fagner Arruda de Lima[97];
Marcos Henrique Oliveira Sousa[98]; Flavia Marques de Sousa Melo[99];
Karyanna Alves de Alencar Rocha[100].
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-20

RESUMO:
Objetivo: descrever o perfil epidemiológico da mortalidade materna no município de Recife-Pernambuco. Método: estudo transversal descritivo, realizado com dados secundários, disponíveis no Sistema de Informação de Mortalidade e Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos, correspondentes ao período de 2015 a 2019. As variáveis utilizadas foram: idade, raça/cor, estado civil, escolaridade, endereço de residência, local de ocorrência, tipo de óbito, assistência médica, investigação do óbito e fonte de investigação. Foi construída a Razão de Mortalidade Materna e os dados foram apresentados em frequências absolutas e relativas. Ademais, também foi criado um mapa temático com a distribuição dos óbitos maternos utilizando-se o software QGis versão 3.16. Resultados: dos 63 óbitos maternos analisados, as principais características epidemiológicas foram a predominância de mulheres de 30 a 39 anos, pardas, solteiras e com ensino médio. As principais causas de óbitos foram doenças e afecções especificadas, ocorridos em até 42 após o término da gestação, em unidades hospitalares. O estudo apontou tendência de queda da Razão de Mortalidade Materna e distribuição desigual dos casos nos distritos sanitários do município. Conclusão: a saúde materna é um direito humano e, portanto, os óbitos maternos se configuram como violação desses direitos. Conhecer as características epidemiológicas desses óbitos é fundamental para auxiliar no enfrentamento deste desafio de saúde pública.
PALAVRAS-CHAVE: Perfil epidemiológico. Saúde da mulher. Mortalidade materna. Sistemas de informação em saúde.

96 Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife-PE, Brasil. E-mail: emilia.munguba@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-3402-0769
97 I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco (GERES/PE), Recife-PE, Brasil. E-mail: fagnerlim@hotmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-0847-8063
98 Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo-SP, Brasil. E-mail: marcos-fono@hotmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-7388-7795
99 Secretaria Municipal de Saúde do Recife (SMS/Recife), Recife-PE, Brasil. E-mail: flavinha.msmelo@gmail.com. Orcid:https://orcid.org/0000-0001-9095-6206
100 Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife-PE, Brasil. E-mail: kary.aar@hotmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-8365-3477

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF MATERNAL MORTALITY IN A NORTHEAST CAPITAL

ABSTRACT:
Objective: to describe the epidemiological profile of maternal mortality in the city of Recife-Pernambuco. Method: descriptive cross-sectional study, carried out with secondary data, available in the Mortality Information System and Information System on Live Births, corresponding to the period from 2015 to 2019. The variables used were: age, race/color, marital status, education, address of residence, place of occurrence, type of death, medical assistance, death investigation and source of investigation. The Maternal Mortality Ratio was constructed and data were presented in absolute and relative frequencies. Furthermore, a thematic map with the distribution of maternal deaths was also created using the QGis software version 3.16. Results: of the 63 maternal deaths analyzed, the main epidemiological characteristics were the predominance of women aged 30 to 39 years, brown, single and with high school education. The main causes of death were specified diseases and conditions, which occurred up to 42 years after the end of pregnancy, in hospital units. The study showed a downward trend in the Maternal Mortality Ratio and uneven distribution of cases in the municipality's health districts. Conclusion: maternal health is a human right and, therefore, maternal deaths are configured as a violation of these rights. Knowing the epidemiological characteristics of these deaths is essential to help address this public health challenge.
KEYWORDS: Epidemiological profile. Women's health. Maternal mortality. Health information systems.

INTRODUÇÃO

A mortalidade materna, definida como o óbito de mulheres durante a gestação ou no prazo de 42 dias após a interrupção da mesma, independentemente da duração e do local da gravidez, que consista de motivo relacionado ou agravado pela gravidez ou seu manejo, desconsiderando causas acidentais ou incidentais[1].

A partir da sua causa, a mortalidade materna pode ser classificada em obstétricas diretas – consequência de complicações obstétricas do estado da gravidez (gravidez, parto e puerpério), de intervenções, omissões, tratamento indevido ou de uma cadeia de eventos resultante de qualquer quadro anterior –, ou obstétricas indiretas – resultado de doença prévia existente ou desenvolvida durante a gravidez e que não foi devido a causas obstétricas diretas, mas que foi potencializada por efeitos fisiológicos da gravidez –[1].

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Em razão da magnitude do problema e por ser considerado um importante indicador de saúde pública, no ano 2000, a Declaração do Milênio das Nações Unidas definiu como um dos seus objetivos de desenvolvimento do milênio a redução da mortalidade materna em três quartos até 2015, ou seja, uma redução de 75% [2,3].

Apenas em 2015, o número de mortes maternas foi de 303 mil em todo o mundo, a maioria dos quais ocorridos em países de baixa e média renda (4,5). Em 2017, estimou-se que as mortes maternas diárias durante a gravidez e o parto eram superiores a 800 no mundo, com a maioria dessas mortes ocorrendo em países de baixa e média renda[6].

Apesar da significativa redução da Razão de Mortalidade Materna (RMM) nos últimos anos, atingindo um declínio relativo de 43,9% desta indicador em escala mundial e havendo uma tendência geral à queda, os números ainda se encontram em níveis elevados mundialmente, marcando 216 mortes por 100.00 nascidos vivos – o que pode variar de 12 a 546 mortes por 100.000 nascidos vivos a depender da região do globo – [7,8], ainda existe a necessidade de permanência dos esforços internacionais para seu enfrentamento.

Neste sentido, a Organização das Nações Unidas e a Organização Mundial da Saúde lançaram a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e reafirmaram o enfrentamento à mortalidade materna como um dos seus objetivos, com nova meta de redução da RMM global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos[8].

No Brasil, de 1996 a 2018, foram registrados 38.919 óbitos maternos. No ano de 2018, a RMM no país foi de 59,1 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos. Esses números apontam ainda para uma variação regional do indicador[9]. Ao analisar os anos de 2001 a 2012, eles sugerem uma tendência significativa de diminuição da RMM para as regiões Nordeste e Sul. No entanto, a região Centro-Oeste apresentava uma tendência de aumento[3].

Enquanto comportamento heterogêneo, a expressão epidemiológica da mortalidade materna é proveniente da associação de múltiplos determinantes, sociais –

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

etnia, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, história de prostituição, uso de drogas, número de abortos anteriores –, econômicos – inserção no trabalho, renda familiar, local de residência, rede de apoio, origem de classe –, e culturais – tipo de família, história de violência intrafamiliar, contato com o mundo subterrâneo (prostituição, narcotráfico), vivência nas ruas –[10], além das questões estruturantes do acesso e operacionalização dos serviços de saúde.

Conhecer estes determinantes é um requisito fundamental para o avanço de políticas de enfrentamento à mortalidade materna. Para tanto, a investigação epidemiológica junto ao serviço de saúde ambulatorial, serviço de saúde hospitalar, coleta de dados do laudo de necropsia, além da investigação domiciliar, potencializados pela criação dos Comitês de Mortalidade Materna, fornecem subsídios que podem auxiliar no entendimento do perfil epidemiológico e sociodemográfico das vítimas, esclarecendo as possíveis circunstâncias dos óbitos, problemáticas assistenciais e sugerir mudanças eficazes à política de saúde da mulher[11].

Desta maneira, o presente estudo se propõe a descrever o perfil epidemiológico da mortalidade materna no município de Recife – Pernambuco, no período de 2015 a 2019.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal descritivo, cuja amostra foram os dados secundários contidos no banco municipal de mortalidade e banco municipal de nascidos vivos, extraídos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC), respectivamente, e nas fichas de investigação de óbito do Comitê Municipal de Óbito Materno da cidade do Recife-Pernambuco, correspondente ao período de 2015 a 2019.

Recife é um importante centro urbano localizado no litoral da Zona da Mata pernambucana. Tendo uma população de 1.537.704 pessoas, das quais 522.120 são mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), ocupa a 9ª posição do ranking das cidades

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

brasileiras com maior número de indivíduos. As últimas estimativas socioeconômicas indicavam que a população do município tinha o salário médio mensal de 3,3 salários mínimos, que a proporção de pessoas ocupadas era de 43,1% e que 38,1% da população vivia com rendimento nominal mensal de até meio salário mínimo *per capita*, em 2018[12].

No período de realização da pesquisa, janeiro de 2021, a Secretaria Municipal de Saúde tinha sua estrutura político-administrativa organizada em oito Distritos Sanitários (DS), com um aparato de 258 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 1.739 Agentes Comunitários de Saúde, estimando-se uma cobertura ESF e Atenção Básica de 54,09% e 66,72%, respectivamente. Para nível de comparação, no mesmo período, a média de cobertura nacional da ESF e Atenção Básica foi de 63,87% e 76,19% respectivamente[13].

A mortalidade materna foi estimada a partir da definição apresentada pela OMS, ou seja, óbito de mulheres durante a gestação ou no prazo de 42 dias após a interrupção da mesma. Óbitos relacionados à mortalidade materna tardia - superior a 42 dias e inferior a um ano após o fim da gravidez[1] – não foram considerados para este estudo. As variáveis analisadas foram: idade, raça/cor, estado civil, escolaridade, endereço de residência, local de ocorrência, tipo de óbito, assistência médica, investigação do óbito e fonte de investigação.

Para tratamento dos dados foi utilizado o programa *Excel da Microsoft Office* versão 2016. A RMM foi calculada pelo número de óbitos maternos / número de nascidos vivos x 100.000. As variáveis foram analisadas descritivamente, utilizando-se de medidas absolutas e relativas, e apresentadas em formato de tabelas. Ademais, também foi construído um mapa temático com a distribuição dos óbitos maternos. Os óbitos foram especializados no segundo distrito sanitário utilizando-se o *software QGis* versão 3.16.

Esta pesquisa foi aprovada em 16/12/2020 sob número do parecer 4468937, pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do Conselho

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Nacional de Saúde (CONEP-CNS) e atende às diretrizes e normas dispostas na Resolução CNS nº 510/2016[14].

RESULTADOS

No quinquênio 2015-2019 ocorreram 81 mortes maternas na cidade do Recife-Pernambuco, sendo 18 (22,22%) classificadas como materna tardia – o que não será considerado para o estudo –, resultando em uma amostra de 63 óbitos para análise. Desse modo, os resultados foram organizados nas seguintes dimensões: perfil sociodemográfico, causas de óbito, caracterização dos óbitos, Razão de Mortalidade Materna e distribuição espacial dos casos.

Tabela 1. Frequência das características sociodemográficas dos óbitos maternos na cidade do Recife-PE, correspondente ao quinquênio 2015-2019.

Variáveis	n=63	100%
Idade		
17-19	1	1,59
20-29	22	34,92
30-39	25	39,68
40-49	14	22,22
≥50	1	1,59
Raça/cor		
Branca	15	23,81
Preta	5	7,94
Parda	42	66,67
Ignorado	1	1,59
Estado civil		
Solteira	35	55,56
Casada	18	28,57
União estável	9	14,29
Ignorado	1	1,59
Escolaridade		
Fundamental I (1ª a 4ª série)	1	1,59
Fundamental II (5ª a 8ª série)	8	12,70
Médio (antigo 2º grau)	22	34,92
Superior incompleto	21	33,33
Superior completo	10	15,87
Ignorado	1	1,59

Fonte: SIM.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

No delineamento das características sociodemográficas das mulheres que foram a óbito, conforme demonstrado na Tabela 1, verifica-se concentração nas faixas etárias de 30-39 anos (39,68%) e 20-29 anos (34,92%), com média de 33 anos. A classificação parda, no quesito raça/cor, apresenta 46 (66,67%) casos. Ainda é verificado que 35 (55,56%) mulheres possuíam o estado civil de solteira e 22 (34,92%) haviam cursado o ensino médio.

Quanto às causas que levaram ao óbito materno, (Tabela 2), o somatório de seis delas resultam em mais de 50% dos acometimentos, sendo estas: doenças e afecções especificadas (12,70%), doenças do aparelho circulatório (9,52%), embolia obstétrica por coágulo de sangue (9,52%), hipertensão essencial pré-existente (9,52%), outras hemorragias do pós-parto imediato (7,94%) e doenças do aparelho respiratório (6,35%).

Tabela 2. Causas de óbitos maternos na cidade do Recife-PE, correspondente ao quinquênio 2015-2019.

Variáveis	n=63	100%
Tipo de morte		
Aborto não especificado	1	1,59
Cardiomiopatia no puerpério	1	1,59
Complicações do trabalho de parto e do parto, não especificadas	1	1,59
Doença pelo HIV	3	4,76
Doenças do aparelho circulatório*	6	9,52
Doenças do aparelho digestivo*	1	1,59
Doenças do aparelho respiratório*	4	6,35
Doenças infecciosas e parasitárias maternas, não especificadas*	1	1,59
Eclampsia na gravidez	1	1,59
Eclampsia no puerpério	1	1,59
Embolia amniótica	1	1,59
Embolia obstétrica por coágulo de sangue	6	9,52
Flebotrombose profunda na gravidez	1	1,59
Gravidez ectópica, não especificada	1	1,59
Hemorragias pós-parto, tardias e secundárias	1	1,59
Hipertensão essencial pré-existente*	6	9,52
Infecção puerperal	1	1,59
Infecções do rim na gravidez	3	4,76
Morte obstétrica de causa não especificada	1	1,59
Outras doenças e afecções especificadas*	8	12,70
Outras formas de inércia uterina	1	1,59

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Outras hemorragias do pós-parto imediato	5	7,94
Placenta prévia com hemorragia	1	1,59
Pré-eclâmpsia	3	4,76
Ruptura do útero durante o trabalho de parto	1	1,59
Transtornos mentais e doenças do sistema nervoso*	2	3,17
Tuberculose*	1	1,59

*Refere-se a complicações na gravidez, parto e puerpério.
Fonte: SIM.

Quando as características relacionadas ao óbito (tabela 3), a maior parte dos óbitos maternos (73,02%) ocorreu em até 42 dias após o término da gestação, em unidades hospitalares (88,89%) e foram investigados (95,24%). A investigação de mortalidades maternas foi realizada predominantemente por múltiplos atores (84,13%).

Tabela 3. Características relacionadas aos óbitos maternos na cidade do Recife-PE, correspondente ao quinquênio 2015-2019.

Variáveis	n=63	100%
Tipo de morte		
Gravidez	14	22,22
Parto	1	1,59
Abortamento	2	3,17
Até 42 dias após o término da gestação	46	73,02
Local de ocorrência		
Hospital	56	88,89
Outros estabelecimentos de saúde	5	7,94
Domicílio	1	1,59
Outros	1	1,59
Óbito investigado		
Sim	60	95,24
Não	2	3,17
Vazio	1	1,59
Fonte de investigação		
Comitê de morte materna e/ou infantil	1	1,59
Estabelecimento de saúde / prontuário	2	3,17
Serviço de Verificação de Óbito (SVO)	1	1,59
Outra fonte	3	4,76
Múltiplas fontes	53	84,13
Ignorado	3	4,76

Fonte: SIM.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Em Recife, observou-se uma flutuação na Razão de Mortalidade Materna. Apesar desta variação, é possível perceber uma tendência de queda deste indicador, em que no primeiro ano analisado, 2015, a RMM foi de 76,08 por 100.000 nascidos vivos e em 2019 a RMM atingiu a marca de 28,39 por 100.000 nascidos vivos, conforme apresenta a Tabela 4.

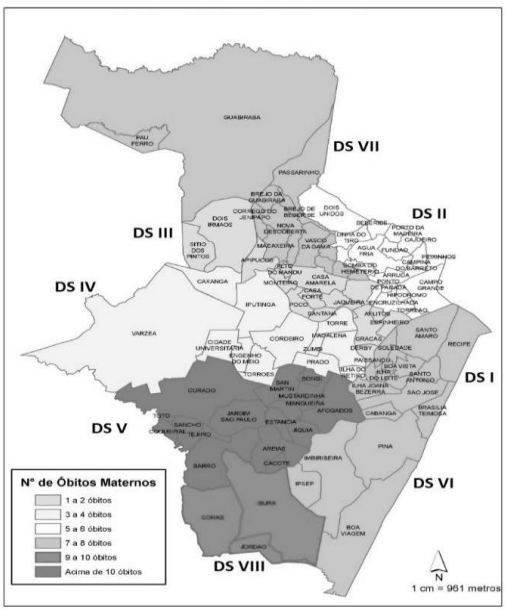
Tabela 4. Distribuição do número de nascidos vivos, óbitos maternos e Razão de Mortalidade Materna na cidade do Recife-PE, correspondente ao quinquênio 2015-2019.

Ano	NV[1]	Óbito Materno	RMM[2]
2015	23659	18	76,08
2016	21390	14	65,45
2017	22811	10	43,84
2018	22215	15	67,52
2019	21134	6	28,39

Fonte: SIM/SINASC. [1]Nascidos Vivos [2]Razão de Mortalidade Materna

A distribuição espacial dos óbitos, conforme demonstrado na Figura 1, indica uma discrepância de casos entre os distritos sanitários, sendo o distrito V o que concentra o maior número de ocorrências.

Figura 1. Distribuição espacial dos óbitos maternos na cidade do Recife-PE, correspondente ao quinquênio 2015-2019.



Fonte: Autores, 2021.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

DISCUSSÃO

A saúde materna é considerada um direito humano e, portanto, os óbitos maternos se configuram como grave violação desses direitos. Com estimativas apontando que cerca de 95% desses óbitos são evitáveis – garantidos uma assistência adequada dos atendimentos e dos serviços de saúde durante a gestação, parto e puerpério – é inaceitável que o processo reprodutivo ainda leva as mulheres ao óbito[15,16]. Para tanto, um primeiro e importante movimento que pode auxiliar na reorganização das políticas de saúde da mulher a fim de enfrentar este severo problema de saúde pública, é conhecer as características epidemiológicas desses óbitos.

Foi observado nesta pesquisa que a grande concentração dos óbitos maternos aconteceu com mulheres entre 20 a 39 anos. Um estudo realizado com o mesmo público na cidade de Juiz de Fora, na zona da mata mineira, identificou que 80% das vítimas de óbitos maternos encontravam-se na faixa etária de 20 a 41 anos[15]. No cenário nacional, foi registrado que 61,5% destes mesmos óbitos acometeram mulheres de 20 a 34 anos[7]. Neste sentido, nota-se uma semelhança no comportamento desta variável nos diferentes cenários, e cria-se um alerta para que sejam implementadas medidas específicas para este grupo etário.

O quesito raça/cor, por sua vez, é um dos aspectos mais relevantes para o universo da mortalidade materna. Assim como a realidade do Recife, outros lugares também destacam as mulheres pardas e/ou pretas – alguns estudos agruparam as duas categorias como uma – concentrando o maior percentual dos óbitos[7,11,15].

O desfecho da materialização do racismo no corpo destas mulheres fortalece a ideia de que, são estas mulheres, negras, que possuem menos tempo durante as consultas de pré-natal, esperam mais tempo para serem atendidas nos serviços de saúde, contam em menor frequência com acompanhantes durante o parto, recebem menos analgesia e portanto, assistência durante os procedimento[17,18]. Tais resultados, apresentados nesta e nas demais pesquisas, denotam disparidades em saúde a partir do recorte raça/cor, evidenciando os reflexos dos determinantes sociais nos processos de saúde e doença.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Apesar dos avanços mais recentes percebidos no âmbito da garantia de direitos, o Brasil ainda não superou de forma plena as discrepâncias raciais herdadas de um regime escravocrata, visíveis na atualidade em situações concretas que perpetuam a degradação racial. Para tanto, é necessário considerar a saúde de mulheres negras a partir do prisma étnico-racial, garantindo assim o princípio da equidade nos processos de cuidado e planejamento da assistência e serviços de saúde[19].

Quanto às demais variáveis sociodemográficas, este estudo também apresentou concordância com a literatura no que se refere ao estado civil[7,11,15,20] e escolaridade[11,15]. Nestes itens, nota-se que há um reflexo da condição do estado civil, sobretudo a condição de solteira, na mortalidade materna. Independente dos diversos formatos de programas idealizados para o atendimento da mulher no período gestacional, um dos fatores que efetivamente garantem sucesso à assistência deste público é participação do (a) parceiro (a) e familiares no processo de acompanhamento da gestante, ou seja, a participação da sua rede de apoio não institucional[21].

Em um trabalho que se propôs a analisar a RMM segundo escolaridade no Mato Grosso do Sul, foi verificado que a RMM de mulheres que não possuíam nenhum ano no sistema formal de ensino e as da que possuíam de um a três anos eram de 193,1 e 326,1, respectivamente, enquanto as que possuíam de quatro a sete anos e oito a 11 anos de estudos foi de 87,1 e 49,0, respectivamente[22].

Desse modo, observa-se que, quanto maior a escolaridade das mulheres, menor a chance de ocorrência de óbito materno. Além do mais, visto que essas multivariáveis – raça/cor, estado civil e escolaridade – estão intimamente relacionadas, a vulnerabilidade das mulheres que se encontram nesses grupos são potencializadas.

Outras doenças e afecções especificadas, doenças do aparelho circulatório, embolia obstétrica por coágulo de sangue e hipertensão essencial pré-existente foram as causas de óbito mais frequente no estudo. A literatura não apresenta consenso quanto às principais causas, estas podem variar conforme o local de análise. Embora haja este dissenso, é unânime a opinião de que a assistência pré-natal adequada é importante para

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

gerenciar as condições de risco apresentadas em todas as fases da gestação e, consequentemente, combater as diferentes causas que acarretam na mortalidade materna[23].

No Brasil, entre 1996 a 2018, por exemplo, foi verificado que as causas obstétricas diretas como hipertensão, hemorragia, infecção puerperal e aborto, dentre outras, foram mais prevalentes que as causas indiretas, como doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS, sigla em inglês para Acquired Immunodeficiency Syndrome) e doenças infecciosas e parasitárias maternas[9].

Já na cidade de Fortaleza, capital do Ceará, as causas indiretas predominam, com destaque as doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório e do aparelho circulatório, seguidas por eclampsia e pré-eclâmpsia, doença hipertensiva específica da gestação e o aborto, estas últimas categorizadas como diretas[24]. Nesse contexto, é necessário enfatizar a importância da singularidade dos territórios para o planejamento das ações em saúde.

Referente ao tipo do óbito, consta-se no estudo que a maioria ocorreu em até 42 dias após o término da gestação e em unidades hospitalares. Em uma caracterização epidemiológica dos óbitos maternos realizado em Recife entre o período do ano 2000 a 2006, é verificado que os números permanecem praticamente inalterados, com poucas variações desde então, com exceção ao tipo de morte por abortamento, este regrediu significativamente se comparado os estudos[25].

Neste sentido, observa-se a importância da atenção à saúde e acesso à informação com relação ao puerpério, iniciada no pré-natal e continuada na maternidade através do trabalho das equipes de saúde da família junto às comunidades. Destaca-se também, a relevância do incentivo à autonomia e autocuidado dessas mulheres durante esse período, a fim de prevenir os óbitos maternos por causas evitáveis.

Além dessa continuidade da assistência na fase puerperal, outra prática importante para a prevenção da mortalidade materna por causas evitáveis são as

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

investigações dos óbitos, como verificado na capital pernambucana, onde a mesma apresentou uma taxa de quase 100% de investigação. Incorporado a lista de agravos de notificação compulsória em 2014[26], a mortalidade materna ganhou visibilidade. Acrescido a este fato, a implantação dos Comitês de Mortalidade Materna também se apresenta como um dispositivo necessário, sendo um espaço técnico, político e social importante na redução da mortalidade materna[27].

No que concerte a RMM, Recife apresenta uma tendência de queda no período analisado. Exceto no ano de 2015, os demais anos apresentam uma razão de mortalidade materna abaixo que cumpre meta estabelecida na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável – 70 mortes por 100.000 nascidos vivos –[8]. No entanto, embora tenha ocorrido uma redução expressiva na RMM, esses valores ainda são inaceitáveis, visto que 95% dessas mortes são evitáveis[15,16].

É possível perceber, por fim, uma discrepância dos casos de mortalidade materna ao longo dos territórios do Recife. Verifica-se que não há um padrão de distribuição dos casos na cidade. No que se refere à mortalidade materna, tal discrepância já era notada entre os distritos sanitários nos anos de 2000 a 2006, quando uma pesquisa revelou as desigualdades da RMM entre seus bairros[25]. Tais singularidades evidenciam a adoção de medidas específicas e focalizadas ao longo da cidade, com mais afinco nas áreas mais críticas.

CONCLUSÃO

Os óbitos maternos que aconteceram na cidade do Recife, Pernambuco, durante o período analisado são em sua maioria sofridos por mulheres na faixa etária de 30 a 39 anos, pardas, solteiras e com o ensino médio. A causa mais frequente dos óbitos são as doenças e afecções específicas, ocorridos em um período de até 42 dias após o fim da gestação, em unidades hospitalares e sendo investigados quase que sem totalidade. Conclui-se ainda que a Razão de Mortalidade Materna vem sofrendo variações ao longo

dos anos, apesar de apontar para uma tendência de queda, e que há disparidade quando a distribuição espacial destes óbitos ao longo dos distritos sanitários do município.

Conhecer as características epidemiológicas dos óbitos maternos é o primeiro passo para qualificar o enfrentamento desta problemática, que ainda se apresenta como um importante desafio de saúde pública. O aspecto sociodemográfico revela-se intrínseco a tal questão, sendo necessário que haja sensibilidade por parte dos órgãos gestores e dos serviços de saúde para incluí-los nos processos de requalificação da saúde da mulher, uma vez que a saúde materna é um direito humano e, portanto, os óbitos maternos se configuram como violação desses direitos.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision [Internet]. 2011 [cited 2021 Jan 2]. 195. Disponível em: www.who.int

2. Martins EF, Almeida PFB de, Paixão C de O, Bicalho PG, Errico L de SP de. Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 7];33(1). Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/C03b.htm

3. Silva BGC da, Lima NP, Silva SG da, Antúnez SF, Seerig LM, Restrepo-Méndez MC, et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: tendência temporal e diferenças regionais. Revista Brasileira de Epidemiologia [Internet]. 2016 Sep [cited 2021 Jan 7]; 19(3):484–93. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/rbepid/2016.v19n3/484-493/pt

4. Organização Pan-Americana da Saúde, World Health Organization. OPAS/OMS Brasil - Folha informativa - Mortalidade materna [Internet]. [cited 2021 Jan 7]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820

5. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. 2014 [cited 2021 Jan 7];323. Disponível em: www.thelancet.com/

6. Silva JVCP da, Santos LA dos, Pontes LTA, Vasconcelos TH de, Teodósio D de O, Melo GB de. Fatores de risco e complicações relacionados à mortalidade materna.

Cadernos de Graduação [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 26[6]:87–100. Disponível em: https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosaude/article/view/7491/4290

7. Feitosa-Assis AI, Santana VS. Occupation and maternal mortality in Brazil. Revista de Saúde Pública [Internet]. 2020 Jul 16 [cited 2021 Jan 7];54:64. Disponível em: http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001736

8. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. The Lancet [Internet]. 2016 [cited 2021 Jan 7];387:462–74. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/

9. Saúde M da. Brasil reduziu 8,4% a razão de mortalidade materna e investe em ações com foco na saúde da mulher [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 23]. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/noticia/8736

10. Cardoso LM, Souza MMCF de, Guimarães RUC. Morte materna: uma expressão da "questão social." Serviço Social & Sociedade [Internet]. 2010 Jun [cited 2021 Jan 7];102(102):244–68. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000200004&l ng=en&nrm=iso&tlng=pt

11. Alaíde Machado Ruas C, Fernanda Costa Quadros J, Fagundes Durães Rocha J, Cardoso Rocha F, Ribeiro de Andrade Neto G, Parrela Piris Á, et al. Profile and spatial distribution on maternal mortality. Rev Bras Saúde Mater Infant [Internet]. 20(2):2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042020000200004

12. IBGE | Cidades@ | Pernambuco | Recife | Panorama [Internet]. [cited 2021 Jan 8]. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/recife/panorama

13.Brasil. e-Gestor AB [Internet]. [cited 2021 Jan 8]. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml

14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 510, de 7 de abril de 2016. 2016 [cited 2021 Jan 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html

15. Martins ACS, Silva LS. Epidemiological profile of maternal mortality. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 14];71(suppl 1):677–83. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0624

16. Botelho NM, Silva IFMM, Tavares JR, Lima LO. Causas de morte materna no Estado do Pará, Brasil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [Internet]. 2014 Jul 29 [cited 2021 Jan 14]; 36(7):290–5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php? script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000700290&l ng=pt&nrm=iso&tlng=en

17. Leal M do C, Gama SGN da, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN do, Santos RV. The color of pain: racial iniquities in prenatal care and childbirth in Brazil. Cadernos de saude publica [Internet]. 2017 Jul 24 [cited 2021 Jan 14];33:e00078816. Disponível em: http://tabnet.data

18. Hoffman KM, Trawalter S, Axt JR, Oliver MN. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America [Internet]. 2016 Apr 19 [cited 2021 Jan 14];113(16):4296–301. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27044069/

19. Meirinho D. O quesito cor/raça: desafios dos indicadores raciais de mortalidade materna como subsídio ao planejamento de políticas públicas em saúde. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde [Internet]. 2020 Sep 29 [cited 2021 Jan 14];14(3). Disponível em: http://orcid.org/0000-0001-7569-6127http://orcid.org/0000-0002-4658-5556

20. Gomes JO, Vieira MCA, Mistura C, Andrade GG de, Barbosa KMG, Lira MO de SC e, et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mortalidade materna. Rev enferm UFPE online. 2018;12.

21. Avanzi SA, Dias CA, Silva LOL e, Brandão MBF, Rodrigues SM. Importância do apoio familiar no período gravídico-gestacional sob a perspectiva de gestantes inseridas no PHPN. Revista de Saúde Coletiva da UEFS [Internet]. 2019 Jul 14 [cited 2021 Jan 23];9(0):55–62. Disponível em: http://periodicos.uefs.br/ojs/index.php/saudecoletiva

22. Pícoli RP, Cazola LH de O, Lemos EF. Maternal mortality according to race/skin color in Mato Grosso do Sul, Brazil, from 2010 to 2015. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [Internet]. 2017 Dec [cited 2021 Jan 14];17(4):729–37. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000400007

23. Sehnem G, Saldanha L, Arboit J, Ribeiro A, Paula F. Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros. Revista de Enfermagem Referência [Internet]. 2020 Jan 31 [cited 2021 Jan 23];V Série(No 1). Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserVn1/vserVn1a05.pdf

24. Áfio ACE, Araujo MAL, Rocha AFB, Andrade RFV, Melo SP de. Maternal deaths: the need to rethink coping strategies. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [Internet]. 2014 Aug 20 [cited 2021 Jan 15];15(4). Disponível em: www.revistarene.ufc.brArtigoOriginal

25. Correia RA, Araújo HC, Furtado BMA, Bonfim C. Características epidemiológicas dos óbitos Características epidemiológicas dos óbitos maternos ocor maternos ocorridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006) ridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006) ridos em Recife, PE, Brasil (2000-2006). Rev Bras Enferm [Internet]. 2011;64:91–7. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a14.pdf

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

26. Brasil. Portaria no 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providênc [Internet]. 2014 [cited 2021 Jan 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html

27. Melo CM de, Aquino TIS, Soares MQ, Bevilacqua PD. Vigilância do óbito como indicador da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2021 Jan 15];22(10):3457–65. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021003457&lng=pt&tlng=pt

CAPÍTULO XXI

PREVALÊNCIA DAS INTERNAÇÕES POR DOENÇAS IMUNOPREVENÌVEIS EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS

Gustavo Henrique Santos da Silva[101]; Thiago Azevedo Feitosa Ferro[102].
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-21

RESUMO:
As ações de imunização trazem benefícios diretos e indiretos de extrema importância, com evidências sobre o potencial de redução da mortalidade, melhores condições de saúde, economia devido a um menor custo com consultas e tratamentos. Este estudo tem como objetivo avaliar a cobertura vacinal nos últimos 8 anos no estado do Maranhão bem como correlacionar com as taxas de internação hospitalar e de mortalidade em menores de 5 anos de idade. Trata-se de um estudo transversal, que será realizado por meio de levantamento de dados do TABNET. A amostra foi composta por crianças menores de 5 anos de idade, atendidas no estado do Maranhão no período de 2010 a 2017. A cobertura vacinal do estado do Maranhão é semelhante à do Nordeste e do Brasil, excetuando para rotavírus, com redução de 12 ±1,8% nos dois últimos, e febre amarela, com aumento de 50 ±4,2% no período compreendido entre 2010 a 2015. Adicionalmente pode-se notar que não houve aumento das taxas de casos novos e de internações para as doenças avaliadas, exceto para coqueluche nos anos de 2014 e 2015. Entre as doenças avaliadas, somente a diarreia apresentou maior número de internações entre as crianças entre 1 a 4 anos. Pode-se concluir que a cobertura vacinal no estado do Maranhão manteve estável número de casos e de internações das doenças infectocontagiosas imunopreveníveis entre menores de 5 anos de idade, com exceção do avanço da coqueluche.
PALAVRAS-CHAVE: Vacinação. Doenças imunopreveníveis. Pediatria.

PREVALENCE OF INTERNECTIONS FOR IMMUNOPREVENIBLE DISEASES IN CHILDREN UNDER FIVE YEARS

ABSTRACT:
Immunization actions bring direct and indirect benefits of extreme importance, with evidence on the potential for reducing mortality, better health conditions, savings due to lower costs with consultations and treatments. This study aims to evaluate vaccination coverage in the last 8 years in the state of Maranhão as well as correlate with rates of hospital admission and mortality in children under 5 years of age. This is a cross-sectional study, which will be carried out by means of data collection from TABNET.

101 Enfermeiro, Graduado em Enfermagem pela Universidade Ceuma (UniCEUMA), São Luís, Maranhão. Pós-graduado em Urgência e Emergência pela Universidade Anhanguera-UNIDERP. E-mail: ghsanto03@gmail.com
102 Enfermeiro, Professor do curso de Enfermagem da Universidade Ceuma (UniCEUMA), São Luís, Maranhão, Brasil. Supervisor da Residência do HUUFMA do hospital materno infantil. Doutor em Biotecnologia pela Rede Bionorte Universidade Federal do Maranhão (UFMA). E-mail: thafeitosaf@hotmail.com

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

The sample will be composed of children under 5 years old, attended in the state of Maranhão from 2010 to 2017. The vaccination coverage of the state of Maranhão is similar to that of the Northeast and Brazil, except for rotavirus, with a reduction of 12 ± 1.8% in the last two, and yellow fever, with an increase of 50 ± 4.2% in the period from 2010 to 2015. Additionally, it can be noted that there was no increase in the rates of new cases and hospitalizations for the diseases evaluated , except for whooping cough in 2014 and 2015. Among the diseases evaluated, only diarrhea presented the highest number of hospitalizations among children aged 1 to 4 years. It can be concluded that vaccination coverage in the State of Maranhão has stable the number of cases and hospitalizations of infectious-contagious diseases immunopreventable among children under 5 years of age, with the exception of pertussis.
KEYWORDS: Vaccination. Immunopreventable diseases. Pediatrics.

INTRODUÇÃO

As ações de imunização trazem benefícios diretos e indiretos de extrema importância, com evidências sobre o potencial de redução da mortalidade, melhores condições de saúde, economia devido a um menor custo com consultas e tratamentos. (ARAÚJO, 2013).

O PNI do Ministério da Saúde, criado em 1973, tem como finalidade contribuir para o controle e eliminação de doenças imunopreveníveis utilizando estratégias diferenciadas de vacinação. Atualmente, é um programa com avanços, por exemplo, a inclusão de novas vacinas e de grupos alvos. (SATO; ARANDA, 2013).

O primeiro calendário nacional de vacinação normatizando a vacinação da população infantil foi publicado em 1977 com as seguintes vacinas: tríplice bacteriana (DTP), contra difteria, tétano e coqueluche; vacina Bacilo Calmette- Guerin BCG, contra tuberculose; vacina monovalente contra sarampo e vacina oral contra poliomielite (VOP). (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013).

Nas últimas três décadas, a área da saúde passou por grandes avanços, as ações de imunização especialmente, merecem destaque mundial pelo grande impacto na prevenção das doenças imunopreveníveis, fortalecendo a promoção da saúde e a qualidade de vida (VASCONCELOS; ROCHA; AYRES, 2012).

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

A vacinação contribui para o alcance de resultados positivos na saúde pública do Brasil, exemplo da eliminação da poliomielite, interrupção da transmissão do sarampo e da rubéola, redução intensa da incidência de difteria, coqueluche, meningite causada por H influenzae tipo B tétano, tuberculose meníngea em menores de cinco anos de idade, além da redução significativa na mortalidade infantil (TEIXEIRA AMS, DOMINGUES CMAS, 2012).

Apesar da redução da incidência dos casos de difteria no país, houve um surto, em 2010, no Estado do Maranhão, com 29 casos e três óbitos. Na situação epidemiológica atual, observa-se a ocorrência de casos isolados e surtos pontuais em áreas que apresentam baixa cobertura vacinal, especialmente na população com baixas condições socioeconômicas e sanitárias (VIGILÂNCIA DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS, 2017).

Destaca-se, ademais, a eliminação da febre amarela urbana e a erradicação da varíola. Houve declínio nas taxas de hospitalizações e de mortalidade por doenças imunopreveníveis, no Brasil e em outros países (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O rotavírus é a principal causa de doença diarreica aguda, é uma das cinco principais causas de consulta e hospitalização em crianças menores de cinco anos de idade. Em todo o mundo, são responsáveis por 125 milhões de episódios de diarreia, 25 milhões de visitas médicas, 2,4 milhões de hospitalizações e 611 mil óbitos ao ano, sendo que 29% de todas as mortes por diarreia acometem crianças menores de cinco anos (PACHON DEL, MARTINEZ MV, SUÀREZ B, ETAL, 2013).

No Brasil desde 2010 a frequência de meningite C diminuiu substancialmente no país, devido à implementação da vacina contra o patógeno meningococo C no Programa Nacional de Vacinação para crianças menores de cinco anos de idade. Segundo os dados mais recentes do Ministério da Saúde, em 2015 foram notificados cerca de 1.132 casos da doença, sendo que as regiões Sudeste e Sul apresentaram os maiores números de notificações (BRASIL 2015).

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Em todo o mundo, a gripe causa um substancial fardo de saúde nas crianças, particularmente crianças e crianças pequenas. apesar da imunização universal contra a gripe, as taxas de internação relatadas para crianças em 2014- 2015 foram de 50-60 por 100 000, e 100-170 mortes pediátricas relacionadas à influenza ocorreram na mesma estação A maioria das internações (80%) foi causada pelo subtipo H3N2 da gripe A (A / H3N2), mas a gripe B representou um terço das mortes (CENTRO DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS, 2015).

As taxas de hospitalizações por vírus da influenza em crianças menores de cinco anos são elevadas no Brasil, a partir da introdução da vacina para crianças de seis meses a menores de cinco anos de idade, observou-se redução no percentual de casos graves de influenza, em comparação com o ocorrido durante a pandemia de 2009 (BRICKS, DOMINGUES, CARVALHANAS, 2014).

O interesse surgiu a partir da necessidade de conhecer mais profundamente sobre a prevalência de internação por doenças imunopreveníveis em crianças menores de cinco anos, já que a poucos estudos relacionados a essa temática no estado do Maranhão, tornando uma importante fonte de informação, para o aumento da qualidade de assistência na pediatria, aumentando a prevenção e estimulação da cobertura vacinal, para diminuir internações por doenças imunopreveníveis.

Este estudo teve como objetivo verificar a prevalência das doenças imunopreveníveis que causam internações em crianças menores de cinco anos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico que foi realizado por meio de levantamento de dados do TABNET com caráter analítico, descritivo e transversal. Tendo como unidade de análise os municípios do Estado do Maranhão, no período de 2010 a 2017. Este estudo envolve apenas dados de domínio público que não que não identifique os participantes da pesquisa, por tanto não precisa da aprovação do comitê de ética em pesquisa.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

O local da pesquisa foi bases de dados DATASUS do estado do Maranhão a população de estudo foi composta por crianças menores de cinco anos que se internaram por doenças imunopreveníveis.

Foram coletados os dados referentes à série histórica da prevalência das doenças imunopreveníveis, cobertura vacinal, faixa etária, taxa de internação e mortalidade por estas doenças.

Foram englobadas no estudo as vacinas de rotavírus, pentavalente, febre amarela e tríplice viral, comparando as suas possíveis internações para cada doença.

A estatística descritiva para análise de dados foi utilizados os testes coeficientes de contingência C e de correlação de Pearson. O nível de significância adotado foi de 0.05.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Maranhão apresenta as mesmas taxas de cobertura vacinal em comparação ao Brasil e ao Nordeste para as vacinas pentavalente e tríplice viral no gráfico sobre cobertura vacinal para Pentavalente e Tríplice viral ($p>0,05$), figura 1A e 1C respectivamente. Em relação à vacina do rotavírus há uma menor cobertura para o ano de 2016 e 2017 em comparação ao Brasil e ao Nordeste, respectivamente. Em relação a cobertura vacinal por febre amarela, o Maranhão apresentou maior cobertura até o ano de 2015, quando comparado com o Nordeste e Brasil ($p<0,05$).

Segundo Nora ET AL (2016) a cobertura do Brasil é constantemente estável no período. Os imunobiológicos Hepatite B, e Tríplice Viral D1 se mantiveram acima da meta estabelecida pelo PNI nos seis anos seguintes, permanecendo apenas Rotavírus e Febre Amarela abaixo da meta. Do ano de 2012 para 2013 houve aumento da cobertura para todos, a cobertura permaneceu acima de 100% nos anos seguintes e a Tríplice Viral D1 apenas não superestimou em 2010 e 2012.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Segundo Vigilância Doenças Imunopreveníveis - 1º Semestre De 2017 em 2016, o Rio Grande do Sul apresentou cobertura de 88,27%, em menores de um ano, para Vacina Pentavalente, enquanto, em 2017, o primeiro semestre se encerrou com 62,60% de cobertura acumulada. Comparado ao nosso estudo que foi considerada homogêneo no estado do Maranhão tanto para pentavalente, tríplice viral, rotavírus e febre amarela com exceção da queda da rotavírus a partir de 2015.

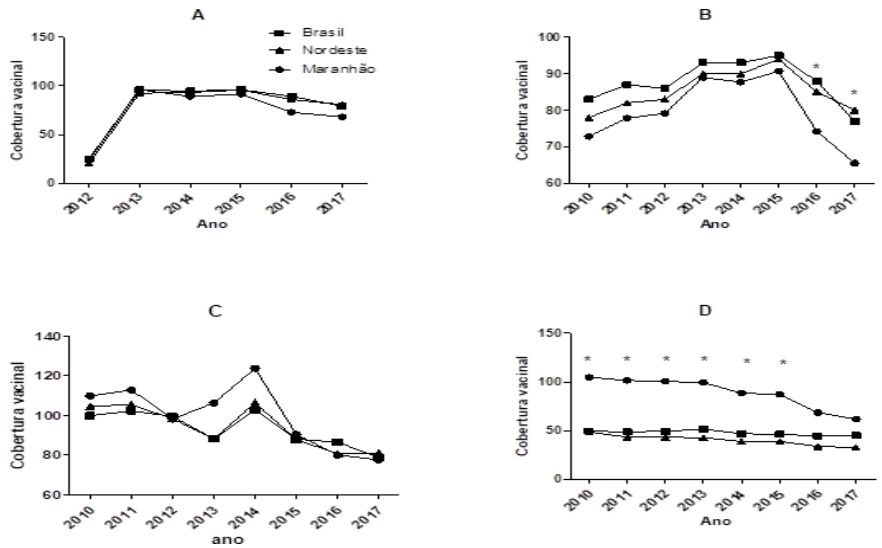


Figura 1. Cobertura vacinal em menores de cinco anos de idade no estado do maranhão, nordeste e Brasil entre os anos: A) Pentavalente, B) Rotavírus, C) Tríplice viral e D) febre amarela.

A maioria das doenças imunopreveníveis se mantiveram estáveis no Maranhão nos últimos 8 anos o número de casos para as doenças da vacina pentavalente são homogêneas durante todo período avaliado. Excetuando os casos de coqueluche nos anos de 2014 e 2015 no ano de 2014 menores de um ano tiveram um aumento de 327% e de um a quatro anos de 143%. Em 2015 189 % para menor de um ano e 307% de um a quatro anos.

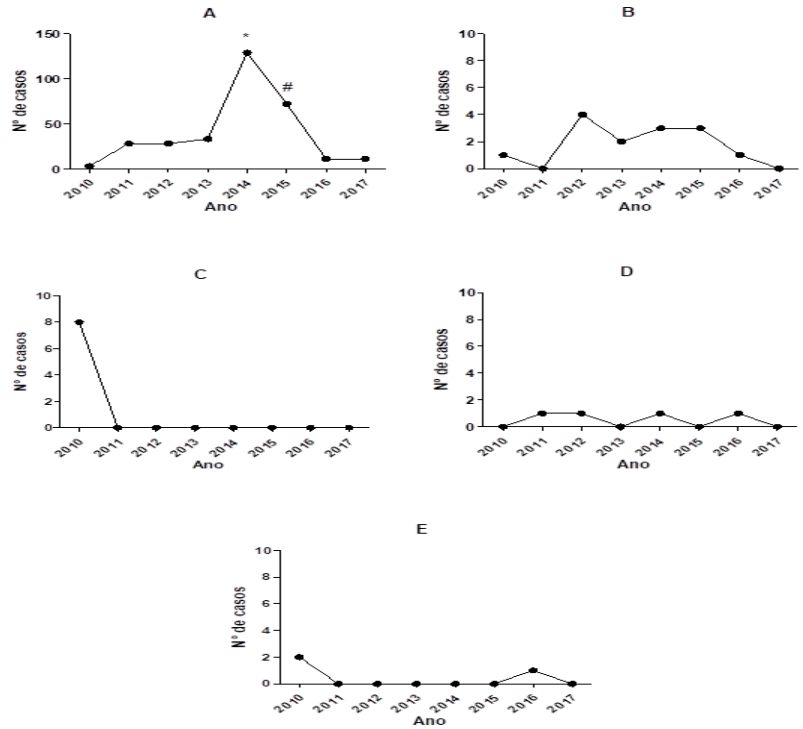
Segundo Fernandes Et. Al. (2018) o número de casos confirmados por coqueluche no estado de São Paulo foi 1359% dados em 2014 para menor de um ano e

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

282% de um a quatro anos. Em 2015, 339% menor de um ano e 77% de uma a quatro anos .Enquanto que no estado do Maranhão no ano de 2014 foi de apenas 327% e 143%, 2015 tiveram 189% e 307% o percentual para menor de um ano foi elevado em 2014 comparado ao Maranhão o número de internações aumentou em relação a coqueluche.

A COBERTURA VACINAL DA PENTAVALENTE NÃO ESTÁ ASSOCIADA COM O AUMENTO DO NÚMERO DE CASOS E DE INTERNAÇÕES POR COQUELUCHE

Figura 2. Casos confirmados de doenças imunopreveníeis pela vacina pentavalente.



A) coqueluche, B) Hepatite B, C) Difteria, D) Tétano e E) Meningite por *Haemophilus influezae* tipo A em crianças menores de 5 nos de idade

Houve um aumento do número de casos de internação de coqueluche nos anos de 2014 com 327% para menor de um ano e 143% de um a quatro anos. Em 2015 189% menor de um ano e 307 % de um a quatro anos quando comparados com os outros anos

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

no estado do Maranhão (p<0,05). As outras doenças mantiveram taxa de internação hospitalar estável durante o período avaliado.

Segundo Fernandes Et. Al. (2018) o número de casos confirmados por coqueluche no estado de São Paulo foi 1359% dados em 2014 para menor de um ano e 282% de um a quatro anos .Em 2015, 339% menor de um ano e 77% de uma a quatro anos .Enquanto que no estado do Maranhão no ano de 2014 foi de apenas 327% e 143%, 2015 tiveram 189% e 307% o percentual para menor de uma ano foi elevado em 2014 comparado ao Maranhão a taxa de morbidade hospitalar só teve aumento para doença coqueluche que apresentou maior número de internações .

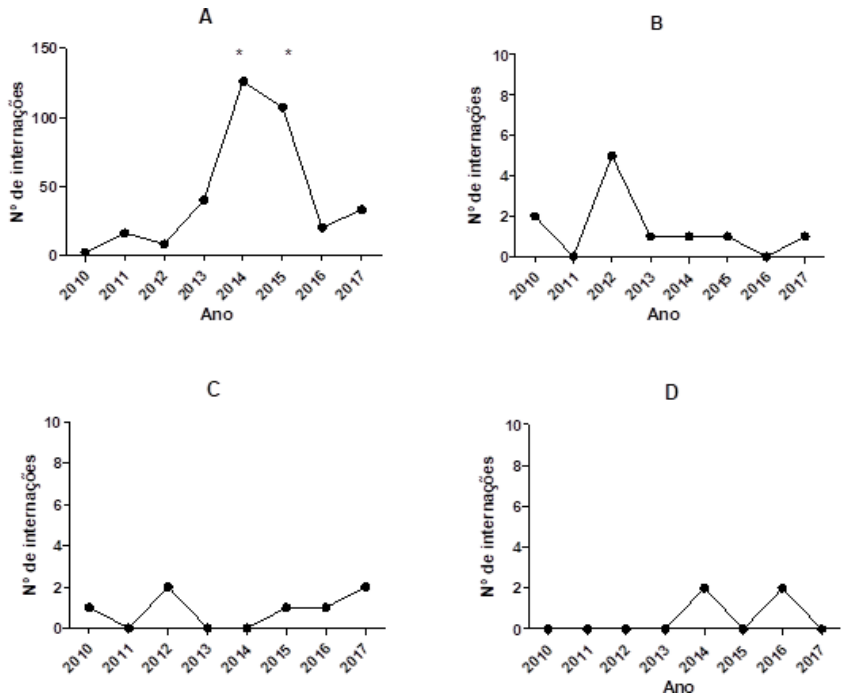


Figura 3. Taxa de morbidade hospitalar em crianças menores de 5 anos no Estado do Maranhão para doenças imunopreveníveis: A) coqueluche, B) Hepatite B, C) Difteria, D) Tétano.

As crianças menores de um ano apresentaram maior taxa de internação por coqueluche (p<0,05). A taxa de internação para as outras doenças são similares entre as faixas etárias (p>0,05).

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Segundo E. Chiappini Et. Al. (2013), no Brasil o maior acréscimo na incidência de coqueluche ocorreu em crianças menores de um ano, principalmente naquelas com menos de três meses comparado com maranhão também houve aumento em menores de um ano.

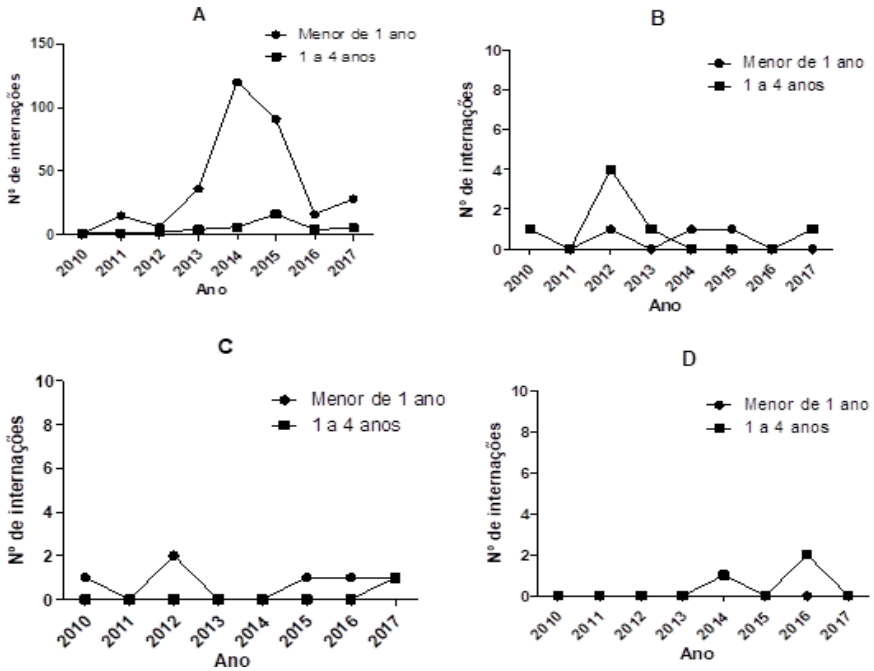


Figura 4. Taxa de morbidade hospitalar por faixa etária em menores de 5 anos de idade do estado do Maranhão para doenças imunopreveníveis: A) coqueluche, B) Hepatite B, C) Difteria, D) Tétano.

O número de casos de internações de diarreia se manteve homogêneo no período avaliado, com exceção de 1 a 4 anos apresentando o maior número de internações durante todo o período avaliado ($p<0,05$).

Segundo Page Et. Al. (2013) número total de hospitalizações diarreicas entre crianças com idade <5 anos foi 32% menor em maio – dezembro 2010 e 33% em maio-dezembro de 2011. Comparado ao estado do Maranhão no Brasil em 2010 com 11% e 2011 9,6% um percentual baixo do número de internações em relação a outros países.

A queda da cobertura vacinal para rotavírus não alterou o número de casos e de internações por diarréias.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

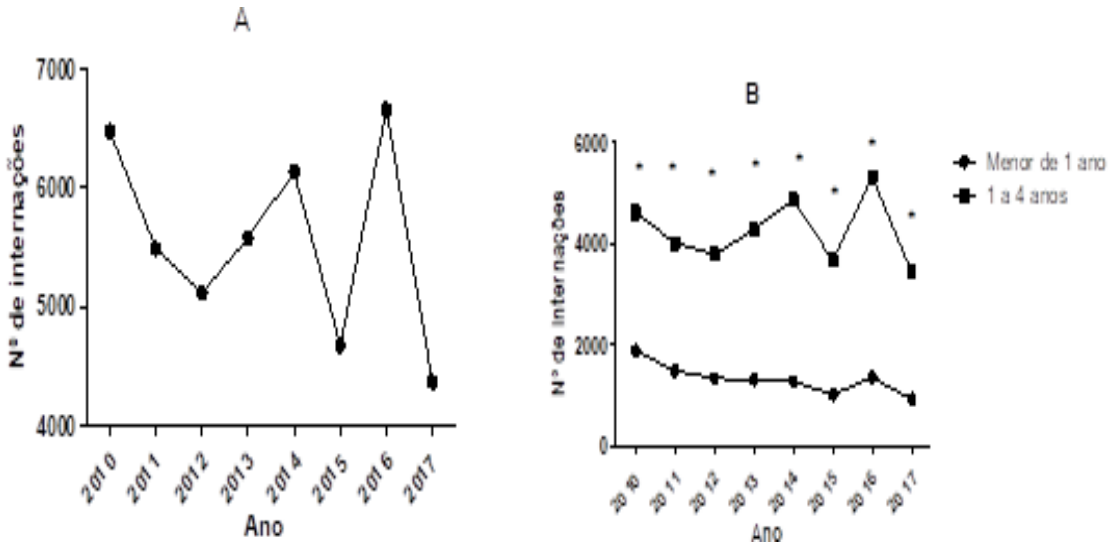


Figura 5. Número de internações por diarreia em menores de 5 anos de idade

Não há diferença entre o número de internações para febre amarela no período avaliado (p>0,05) nem por faixa etária (p>0.05).

Segundo Martins Et. Al. (2014) houve uma menor taxa de ocorrência de internações por febre nas crianças de 1-4 anos de idade no Brasil, já comparado ao estado do Maranhão que não houve internações por febre amarela em crianças menores de cinco anos.

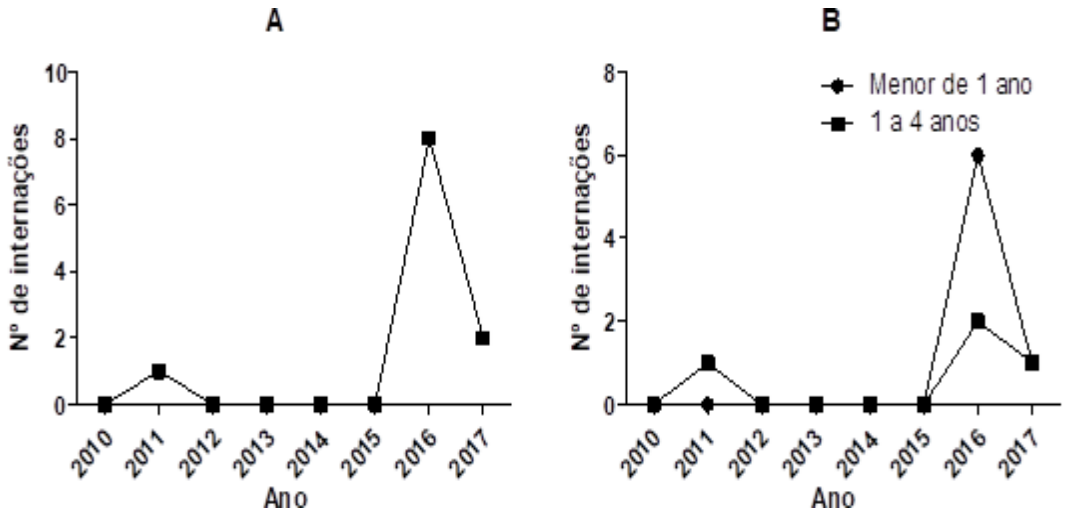


Figura 6. Número de internações por febre amarela em menores de 5 anos de idade 15

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a cobertura vacinal no estado do Maranhão manteve estabilizado o número de casos e de internações das doenças infectocontagiosas imunopreveníveis, entre menores de 5 anos de idade, com exceção do avanço da coqueluche nos anos de 2014 e 2015.

Não houve relação com cobertura vacinal e o número de internações para doenças avaliadas, o maior número de internações foi em crianças menores de um ano e que a cobertura do Maranhão não diminuiu, permaneceu homogênea durante todo período avaliado comparado com o Nordeste e o Brasil.

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, E.M. Vacinação: histórico, conquistas e mitos. In: BALLALAI, I. Manual prático de imunizações. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2013.

2. BRASIL. Ministério Da Saúde. DATASUS. Pesquisa realizada na base de dados DATASUS, utilizando os limites "SOROGRUPO" para Linha, "FAIXA ETÁRIA" para Coluna, "CASOS CONFIRMADOS" para Conteúdo, "2015" para Períodos Disponíveis "MM", "MCC" e "MM+MCC" para Etiologia, "TODAS AS CATEGORIAS" para os demais itens. Dados enviados pelo Ministério da Saúde através do Sistema de Informação ao Cidadão em 21 jan. 2015.

3. BRICKS, L.F.; DOMINGUES, C.M.I.; CARVALHANAS, T.R.M.P.; PEREIRA, S.F.; MORAES, J.C. Influenza em crianças o que há de novo? Journal of Health and Biological Sciences, Fortaleza, v. 2, n. 3, p.125-134, 2014.

4. CENTROS DE CONTROLE E PREVENÇÂO DE DOENÇAS (EUA). FluView: Redede Vigilância de Hospitalização Influenza [Internet]. Atlanta: CDC; 2015. Disponível em: https://gis.cdc.gov/GRASP/Fluview/FluHospRates.html. Acessado em 1 de novembro de 2017.

5. DOMINGUES, C. M. A. S.; TEIXEIRA, A. M. S. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 22, n. 1, p. 9-27, 2013.

6. MINISTERIO DA SAUDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde; 2013.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

7. PACHÒN DEL, AMO I, MARTINEZ MV, SUÁRAZEZ B, SANCHEZ A, SALMERON F, SOLER M, DE JOSÈ GÓMEZ MI. Situação epidemiológica da gastroenterite causada pelo Rotavírus. [documento na Internet]. Acesso em 10 de maio de 2017]. Disponível em http://www.avpap.org/gtdocencia/rotaviruscav.pdf.

8. SATO, K.; ARANDA, H.M.S.S. Programa Estadual de Imunização De São Paulo 45 anos Pioneirismo, dedicação e compromisso. BEPA, Bol. Epidemiol. Paulo, v.10, n.120, p.115, 2013.

9. TEIXEIRA AMS, DOMINGUES CMAS. Monitoramento rápido de coberturas vacinais pós-campanhas de vacinação no Brasil: 2008 2011 e 2012. Epidemiol Serv Saude. 2013 out-dez; 22(4): 565-78.

10. VASCONCELOS, K.C.E.; ROCHA, A.S.; AYRES, J.A. Avaliação normativa das salas de vacinas na rede pública de saúde do Município de Marília, Estado de São Paulo, Brasil, 2008-2009. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 21, n.1, p. 167-176, 2012.

11. VIGILÂNCIA DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS - 1º semestre de 2017. Taís Trombetta Dalla Nora; Adriana Aparecida Paz; Graciele Fernanda Da Costa Linch; Alisia Helena Weis Pelegrini; Marta Ziziane Dorneles Wachter. Fernandes *et al. Doenças Infecciosas BMC* (2018) 18: 126

12. E. CHIAPPINI, A. STIVAL, L. GALLI, M. DE MARTINO Pertussis Re-Emergence In The Post-Vaccination Era Bmc Infect Dis, 13 (2013), P. 151.

13. NICOLA PAGE, PHD, MICHELLE J. GROOME, MD, MSC, JOCELYN MOYES, MD, MSC, MARGARET M. CORTESE, MD, MAPASEKA SEHERI, PHD, KATHLEEN KAHN, MD, PHD, MEERA CHAGAN, MD, PHD, SHABIR A. MADHI, MD, PHD, E CHERYL COHEN, MD, MS(.2013).

14. MARTINS RM, PAVÃO AL, OLIVEIRA PM, SANTOS PR, CARVALHO SM, MOHRDIECK R, ET AL. Adverse events following yellow fever immunization: report and analysis of 67 neurological cases in Brazil. VACCINE 2014; 32:667682.

CAPÍTULO XXII

USO DA REDETERAPIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Ilana Vanina Bezerra de Souza[103]; Valdicléia da Silva Ferreira Torres[104];
Eliane Cristina da Silva Buck[105]; Adda Beatriz Lopes de Oliveira[106];
Rebeca Medeiros dos Santos[107]; Karoline de Medeiros Lourenço[108].
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-22

RESUMO:
A assistência em neonatologia vem crescendo e com isso várias terapias alternativas estão surgindo, entre elas a redeterapia. Esta se respalda um cuidado mais humanizado, uma vez que diminui o impacto da vida extrauterina, melhora o conforto e bem estar do neonato, além de favorecer um prognóstico mais positivo para o recém-nascido de risco, podendo reduzir assim, o tempo de internação nas UTIs neonatal. Objetivo: analisar as publicações científicas ao uso da redeterapia e seus benefícios na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Método: trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizada nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem (BDENF), com publicações de 2010 a 2020, foram selecionadas mediante o cruzamento dos descritores e do operador booleano AND, totalizando 10 publicações relacionadas a temática. Resultados: foi possível perceber que, a redeterapia, diminui os riscos ao nascer, reduzindo o nível de estresse, melhorando o padrão de sono, oferecendo assistência humanizada e qualidade de vida no período de internação. Conclusão: conclui-se que há necessidade de novas pesquisas sobre o tema, buscando aprofundar e qualificar os profissionais de saúde, para implantar a redeterapia como recurso tecnológico humanizado dentro das UTIs neonatal.
PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Posicionamento do Paciente. Recém-Nascido Prematuro. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Humanização.

103 Enfermeira, Mestre. Docente do curso de Graduação em Enfermagem e Medicina da Faculdade Nova Esperança, FACENE, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: ilanavbs@gmail.com, Orcid: https://orcid.org/0000-0002-7833-6415
104 Enfermeira, Mestre. Docente do curso de Graduação em Enfermagem e Medicina da Faculdade Nova Esperança, FACENE, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: valdicleiaenf@gmail.com, Orcid: https://orcid.org/0000-0002-3974-7123
105 Enfermeira, Mestre. Docente do curso de Graduação em Enfermagem e Medicina da Faculdade Nova Esperança, FACENE, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: cristhina_07@hotmail.com, Orcid: https://orcid.org/0000-0002-9230-8760
106 Enfermeira, pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, FACENE, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: addabeatrizloliveira@outlook.com, Orcid: https://orcid.org/0000-0002-7975-8775
107 Enfermeira, pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, FACENE, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: rebecamedeiros01@gmail.com, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-0338-7768
108 Enfermeira, pela UNNINASSAU, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: karolinemlourenco@gmail.com, Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5650-5062

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

USE OF REDETERAPY IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT:
Assistance in neonatology is growing every day and with it several alternative therapies are emerging, including redeterapy. This is supported by a more humanized care, since being in the impact of extrauterine life, improves the comfort and well-being of the newborn, and in addition to favoring a more positive prognosis for the at-risk newborn, thus reducing the time of admission to neonatal intensive care units. Objective: analyze scientific publications on the use of redeterapy and its benefits in the Neonatal Intensive Care Unit. Methods: this is an Integrative Literature Review. A survey was conducted in the following databases: Virtual Health Library (VHL), Latin American Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) and Bibliographic Database Specialized in the Nursing Area (BDENF). With publications from 2010 to 2020, which were selected by crossing the descriptors and the Boolean operator AND, totaling 10 publications related to the theme. Results: it was possible to notice that, redeterapy, risk of birth risk, stress level, improvement in the Standard sleep, offering humanized assistance and quality of life during hospitalization. Conclusion: it is concluded that there is a need for further research on the subject, to deepen and qualify health professionals, to implement redeterapy as technological and humanized within the intensive care unit.
KEYWORDS: Nursing. Patient positioning.Premature Newborn. Neonatal Intensive Care Units. Humanization.

INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um lugar que oferece assistência especializada em cuidados críticos para o recém-nascido (RN) de risco, por meio da ação de uma equipe multi e interprofissional capacitada com o objetivo de diminuir a mortalidade e morbidade do neonato. Com idade 0 e 28 dias de nascidos que apresenta baixo peso e, ou precise de cuidados específicos, intensivos e contínuos.[1]

Existem diversos motivos para internação de crianças em UTIN, entre eles destacam-se prematuridade, baixo peso ao nascer, desconforto respiratório, icterícia neonatal patológica, sífilis congênita, infecções neonatais, cardiopatias, pequenos para idade gestacional (PIG) e hipoglicemia.[2]

Ao invés de um ambiente intrauterino onde mãe e bebê estão interligados, a UTIN é um local que gera um incômodo ao recém-nascido, pelo fato de ser um ambiente

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

frio, com ruídos constantes, com alta luminosidade e inúmeros procedimentos invasivos. Enquanto para a família, esse ambiente é causador de medo e pânico por associar-se a gravidade e a óbito.[3]

A portaria nº 930, de 10 de maio de 2012 que preconiza a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido de alto risco na UTIN, priorizando o respeito, à proteção e a assistência aos direitos humanos.[2] De acordo com A Lei nº 367, de 2012, foi implementado a "Terapia da Rede" desde 31 de maio de 2012 pela Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. A redeterapia foi criada para reproduzir o meio intrauterino de maneira humanizada e como método alternativo para os bebês e familiares, possibilitando ao neonato a redução do estresse, desenvolvimento motor e sensorial, aumento de peso e sono, e um prognóstico positivo[4].Como forma alternativa de posicionamento aos RN's nas incubadoras, as redes possibilitam conforto onde incentiva e aprimora o cognitivo e desenvolvimento humano.[5]

O uso da redeterapia constitui-se em posicionar o RN em uma rede de tecido no interior da incubadora, onde são desenvolvidas na dimensão do bebê e da incubadora e produzida com panos antialérgicos, gerando aconchego, conforto e bem-estar sem provocar lesões físicas ou emocionais. Possibilita um posicionamento fisiológico, corpo inteiro fletido, simulada ao posicionamento do recém-nascido na vida intrauterina, como resultado ajuda na redução do nível de estresse na sensação de proteção. Dessa forma permanece organizado e nunca deixado solto na incubadora, contribuindo no retorno comportamental, no equilíbrio, na assimilação sensorial.[6]

Justifica-se este estudo, pelo fato de que a redeterapia, possui grande importância no cuidado ao recém-nascido, com a finalidade de avaliar também: frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio em RN's, posicionamento no leito, além de ser uma estratégia de humanização.7 Para guiar o estudo definiu como questão norteadora: Qual as características das publicações em relação ao uso de redeterapia nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal? Com o

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

objetivo de analisar as publicações científicas ao uso da redeterapia e seus benefícios na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

MÉTODO

Este estudo consiste em uma pesquisa de revisão integrativa para obter um amplo recurso para a pesquisa. Revisão integrativa é um recurso de análise importante para os profissionais de saúde, pois oferece o aperfeiçoamento no cuidado da população. Possibilita ao profissional de inúmeras áreas de especialização na saúde o ágil alcance as respostas mais importantes, que leva a uma abordagem mais eficaz e com bons resultados.[8]

A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem (BDENF).

A pesquisa e a triagem foram realizadas por meio da utilização dos descritores oficiais em português, disponibilizados pela interface da plataforma DeCS (Descritores em Ciências da saúde): “Posicionamento do paciente” “Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”, “Recém-nascido Prematuro”, e ”Enfermagem neonatal”, os quais são interligados pelo operador booleano “AND” para beneficiar a procura dos estudos pela Biblioteca Virtual em Saúde. Esse operador booleano é incentivado em várias pesquisas de revisão integrativa da literatura, pois simplifica a indexação dos termos nas publicações.

Com uma população e amostra constituída por artigos indexados nas bases de dados selecionadas. Com a triagem dos manuscritos científicos, o pesquisador obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: estudos publicados em revistas científicas entre o período de 2010 a 2020, sem restrições idiomáticas, disponíveis para download e que, tenham como população crianças de 0 a 28 dias de vida com internação na UTINEO.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

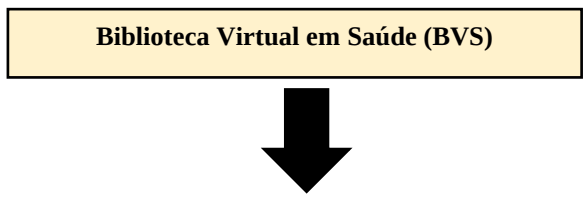
Como critérios de exclusão encontra-se; dissertações, teses e artigos que não estiverem disponíveis na íntegra.

Durante a busca de dados seguiram os seguintes passos: leitura de títulos, resumos e artigos completos, para identificar se os mesmos se integram na pergunta norteadora do estudo. Foram levados em consideração os critérios citados, e da amostra saiu o resultado da pesquisa.

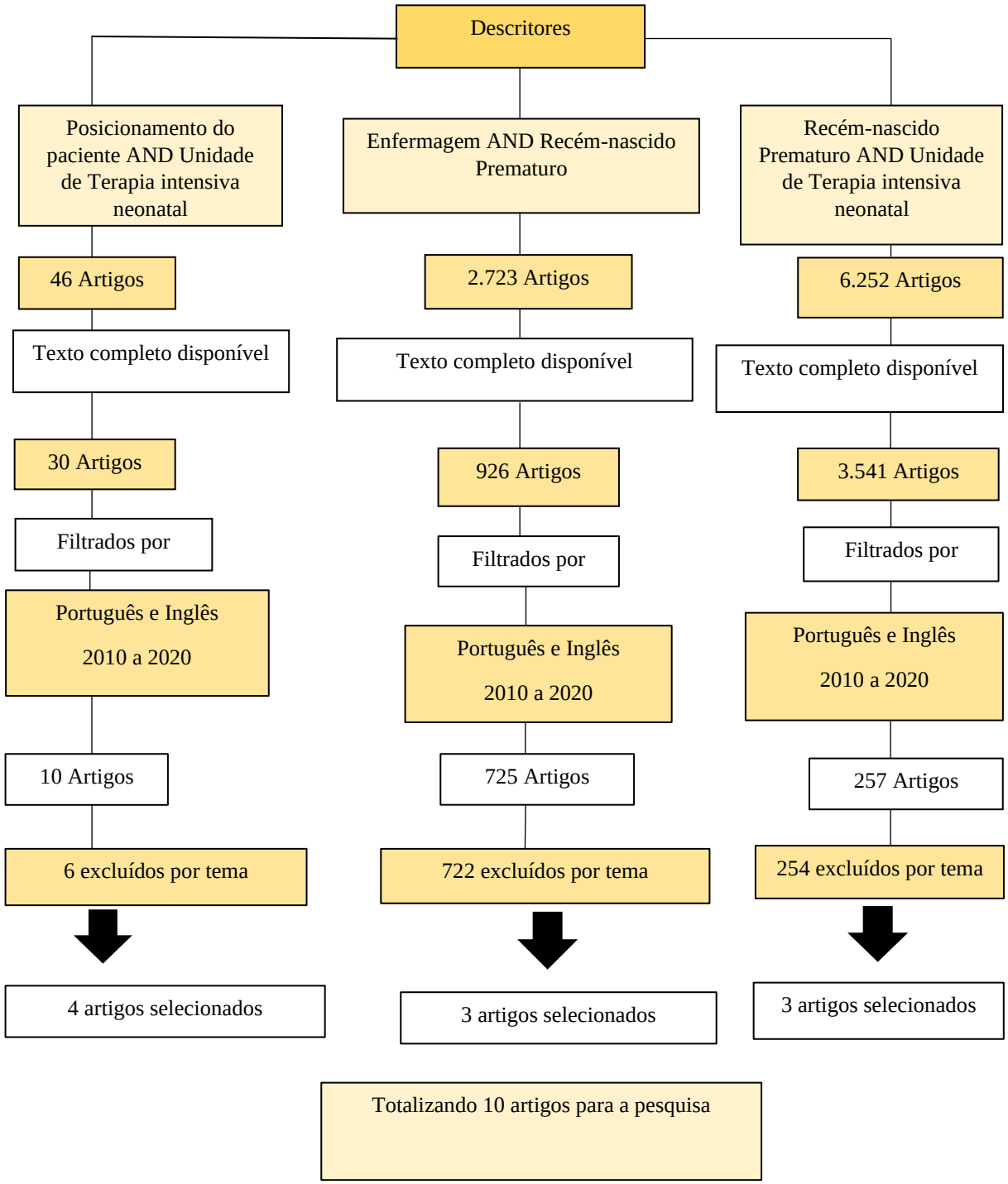
Com o objetivo de coleta de dados das obras científicas selecionadas, foi desenvolvido um roteiro de pesquisa estruturado, fundamentado em um quadro síntese para o planejamento das referências contendo os itens: ano, tema, autores, tipo de estudo, periódico e resultados. Ao que se diz respeito ao uso da redeterapia na UTI neonatal que acomete o recém-nascido, a análise foi feita por meio de software da Microsoft Word, em formato de quadro.

Inicialmente, foi realizado um levantamento bibliográfico, a partir da literatura atual voltada para temática do estudo, com limites para realização da busca, a partir dos critérios de inclusão, onde se buscou a maior abrangência possível que proporcionou à pesquisadora bases necessárias e confiáveis para elaboração do instrumento que se propôs. Abaixo segue a descrição de como foi realizada a busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), dos artigos que foram utilizados na construção do instrumento, perfazendo um total de 10 artigos.

FIGURA 1- Descrição das etapas de seleção e busca nas bases de dados:



1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05



Foi realizada uma busca na BVS através do levantamento bibliográfico nas bases de dados BDENF, SCIELO, MEDLINE usando os descritores “Posicionamento

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

do paciente", "Unidade de Terapia intensiva Neonatal", "Recém-nascido prematuro", "Enfermagem" com operador booleano "AND", sendo encontrados 9.021 artigos, desses só 4.497 tinham texto completo disponível. Os mesmos foram filtrados em: tendo o português e inglês como idioma, delimitando um período de 2010 a 2020, perfazendo e totalizando 10 artigos sobre a referida busca.

Com o uso dos descritores" Posicionamento do paciente AND Unidade terapia neonatal" foram encontrados 46 artigos, desses só 30 tinham texto completo disponível. Onde foram filtrados para português e inglês no período de 2010 a 2020, perfazendo 10, onde 6 foram excluídos por tema, totalizando 4 artigos sobre a referida busca, foram encontradas nas bases de dados MEDLINE.

Na segunda busca, com o uso dos descritores" Enfermagem AND Recém-nascido Prematuro" foram encontrados 2.723 artigos, desses só 926 tinham texto completo disponível. Onde foram filtrados para português e inglês no período de 2010 a 2020, perfazendo 725, onde 722 foram excluídos por tema, totalizando 3 artigos sobre a referida busca, foram encontradas nas bases de dados SCIELO.

Por fim, utilizando "Recém-nascido Prematuro AND Unidade de Terapia Intensiva Neonatal" foram encontrados 6.252 artigos, desses só 3.541 têm texto completo disponível. Onde foram filtrados para português e inglês no período de 2010 a 2020, perfazendo 257, onde 254 foram excluídos por tema, totalizando 3 artigos sobre a referida busca, foram encontradas nas bases de dados BDENF.

RESULTADOS

Os resultados foram organizados em um quadro, e explorados as seguintes variáveis: autores, ano de publicação, título, periódico e evidências científicas sobre o uso da redeterapia e seus benefícios na unidade de terapia intensiva neonatal. Para facilitar essa apresentação, os estudos da amostra foram dispostos em uma categoria temática.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

QUADRO 1 – Características dos estudos relacionados à temática da redeterapia em recém-nascidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal:

N°	ANO	TEMA	AUTORES	TIPO DE ESTUDO	PERIÓDICO	EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS
A1	2019	Rede de descanso e ninho em prematuros: ensaio clínico randomizado.	COSTA, K.S.F. *et al* [9]	Ensaio clínico controlado /Estudo prognóstico.	Rev. Bras. Enfermagem.	Não houve diferença estatisticamente significativa entre as condições ninho e rede quanto à variável categórica sono, nas comparações entre fases da pesquisa para a condição rede, houve diferenças entre fase basal e recuperação imediata (p=0,00), basal e recuperação tardia (p=0,00), resposta e recuperação tardia (p=0,00).
A2	2018	Uso da rede para posicionamento do prematuro na UTI neonatal: análise de notícias eletrônicas	LEONEL, P.S. *et al* [10]	Artigo	Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online).	Ganho de peso, melhor desenvolvimento motor e sensorial, redução do estresse foram os principais benefícios apontados. Argumentos mais frequentes foram de competência linguística, de autoridade, baseado em provas concretas.
A3	2016	Rede de descanso e ninho: comparação entre efeitos fisiológicos e comportamentais em prematuros.	COSTA, K. S. F. *et al* [11]	Artigo	Rev. Gaúcha de Enfermagem.	Os prematuros, quando em rede, se mostraram menos estressados (p=0,002), tiveram menos características definidoras para o diagnóstico de enfermagem "Comportamento desorganizado do bebê" (p=0,05) e permaneceram em postura terapêutica em relação ao ninho (p=0,04).
A4	2014	Avaliação dos sinais de stress em recém-	FERNANDES, G. A.; SANTOS,	Ensaio clínico controlado	14° Congresso Nacional de Iniciação	Esse estudo verificou os efeitos da rede de balanço sobre os sinais

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

		nascidos pré-termos colocados em rede de balanço em unidade de terapia intensiva neonatal: estudo clínico experimental com avaliador cego.	T.B. [12]		Científica	de stress, levantando os fatores em potenciais gerados pelo meio e intervenções da equipe multidisciplinar, o que possibilita a elaboração de um protocolo de manipulação mínima mais eficaz, ocasionando um atendimento mais humanizado e de maior qualidade à população atendida.
A5	2011	O posicionamento de recém-nascido pré-termo na unidade de terapia intensiva neonatal e sua relação com o desenvolvimento motor.	SANTOS, P.N.L.; DITTZ, E.S.; ALVES, C.O. [13]	Revisão integrativa	Rev. Temas desenvolv	Apontam evidências de efeitos benéficos e de efeitos potencialmente iatrogênicos dos três tipos de posicionamento para o desenvolvimento de componentes motores fundamentais para a aquisição de habilidades funcionais de recém-nascidos pré-termo.
A6	2015	Validação de protocolo de posicionamento de recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva.	TOSO, B.R.G.O., *et al* [14]	Guia de prática clínica	Rev. Bras. Enfermagem.	Apresentam-se os resultados dessa validação na forma de protocolo, para contribuir com discussão sobre o posicionamento do RN na UTIN e padronização da assistência de enfermagem relacionada ao posicionamento. Foram avaliados dez indicadores, em sete dos quais houve concordância de 100,0%, em três, de 80%, acima dos 60% preconizados pela técnica de validação.
A7	2012	Os posicionamentos dos recém-nascidos no	MARTA, C. B., *et al* [15]	Pesquisa bibliográfica	Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)	Ressaltamos a necessidade do conhecimento técnico-científico acerca destes

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

		leito como prática assistências da equipe de enfermagem.				posicionamentos visando à estabilidade hemodinâmica do bebê enfermo, promovendo suas funções adequadas, favorecendo a organização corporal, mantendo o estado de sono regular e o desenvolvimento neuromotor.
A8	2014	As implicações do uso da "Redinha" por bebês prematuros: uma revisão de literatura	GOMES, N. R. R.; MONTEIRO, R. C. S. [5]	Revisão de Literatura	Rev. Ciênc. Saúde.	Há a necessidade de maiores estudos, para comprovar os benefícios da redinha, mas todos os autores pesquisados foram unânimes em falar de seus benefícios.
A9	2018	Influência da redeterapia no comportamento de recém-nascidos prematuros	NOGUEIRA, D. L., *et al* [6]	Estudo descritivo	7° Congresso Ibero-Americano em investigação qualitativa	Os recém-nascidos submetidos à redeterapia apresentavam comportamento mais calmo e tranquilo, quando comparados aos que não estavam em redeterapia, uma vez que estes apresentavam variações de posturas, choro e estresse frequente.
A10	2017	Estratégia de posicionamento e contenção de recém-nascido pré-termo utilizadas em unidades de terapia intensiva neonatal.	ALBURQUERQUE, T. M.; ALBURQUERQUE, R. C.[16]	Estudo descritivo e observacional.	Revista interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional.	Dentre os participantes (91,17%), responderam nunca ter utilizado a "redinha" como um recurso de posicionamento. As estratégias mais utilizadas são o rolinho (100,0%) e o swaddle (88,23%), porém um percentual relevante de participantes (44,11%) assinalou acreditar no ganho oferecido pela "redinha", embora esta técnica não seja utilizada nos serviços ao qual fazem parte.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Fonte: dados, 2020.

DISCUSSÃO

BENEFÍCIOS NO USO DA REDETERAPIA PARA RECÉM-NASCIDOS NA UTI NEONATAL:

A internação em uma Unidade Neonatal, reflete para o recém-nascido e seus parentes uma conjuntura de conflitos. Refletem de forma pessoal na relação no convívio de pais e seus recém-nascidos, sendo capaz de influenciar na construção da formação de laços afetivos no futuro. Nesta perspectiva a equipe multiprofissional deve-se expor um conhecimento abrangente com relação a este momento angustiante UTI neonatal, proporcionando a construção dos laços afetivo familiar.[7]

A internação do RN na UTIN se sujeita cotidianamente a aproximadamente 50 a 150 processos dolorosos durante a hospitalização pela equipe multiprofissional, no qual torna-se constatável pelo nível de estresse, choro constante, rigidez muscular, semblante da face alterada, modificação no sono e na alimentação, na frequência cardíaca, respiratória, saturação de oxigênio e pressão arterial. Por esses motivos estão tornando planos não farmacológico no cotidiano da UTINeo, na intenção de amenizar a dor.[17]

De acordo com a revisão, a utilização da redeterapia traz benefícios, e o seu uso adequado do método implica na diminuição no estresse, sendo assim, o neonato apresenta um comportamento mais calmo e tranquilo, e a presença de menos choro. Foi observado também a melhora na organização postural semelhante a vida intrauterina durante a utilização da redeterapia, ajudando no desenvolvimento motor, sensorial, visual e tátil do recém-nascido. Uma baixa melhora também foi observada na frequência cardíaca e respiratória, redução na perda de calor, menor gasto de reserva energética, possibilitando um aumento de peso, auxiliando na melhora do quadro clínico do paciente e reduzindo o período de internação. [2]

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Ainda assim, há necessidade de mais pesquisas em volta da temática, para confirmar e ampliar os benefícios da redeterapia como um método de humanização e recurso terapêutico. É significativo a utilização desses métodos como uma alternativa no cuidado ao RN, para provar à eficácia da qualidade de vida do RN na UTIN, assim diminuindo o nível de ansiedade dos pais e acompanhantes, mostrando uma técnica simples e conhecida, possibilitando proteção, aconchego e bem-estar aos bebês.[7]

É preciso considerar, que na leitura das publicações, foi possível notar que, os pais quando estão na situação vulnerável de confiar seu filho a uma equipe de profissionais de saúde, eles se sentem frustrados, pelo fato de ter planejado um outro futuro para seu recém-nascido após o nascimento. E acontece uma mudança no sentimento, que antes era de alegria, se transforma em angústia, insegurança e medo. A culpa e a sensação de abandono também são um sentimento bastante relevante nessa situação pelo fato de ter que deixar seu filho sozinho em uma UTIN que normalmente é caracterizado como um ambiente hostil e pouco acolhedor pelas pessoas. A redeterapia reduz esses sentimentos, e os transforma, gerando um aconchego para o RN e calmaria para os pais.[9]

A utilização de uma assistência humanizada para os familiares e o recém-nascido, tem como objetivo instruir a equipe multiprofissional a tratar qualquer eventualidade que venha ocorrer dentro do período de tratamento e hospitalização do paciente. Deixando assim os acompanhantes mais seguros do tratamento ao qual seu filho está recebendo, assim deixando de lado a sensação de frustração e possibilitando assim uma criação maior do laço afetivo mãe e bebê. [2]

Outro ponto importante, é que um dos artigos analisados aponta que a redeterapia promove descanso para o recém-nascido, e corrobora com a abordagem apresentada na citação anterior, pois o método de redeterapia, proporcionou uma melhoria na qualidade do sono dos recém-nascidos que participaram deste estudo.[9]

Alguns critérios devem ser avaliados para utilização do RN na redeterapia, como ter no mínimo 3 dias de vida, peso maior de 1200 gramas, sem sedação, neurastenia

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

excessiva, confusão postural e utilização de musculatura acessória, não estar em ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, frequência respiratória menor que 60 inspirações e a saturação periférica de oxigênio acima de 90% em ar ambiente.[4]

A rede é composta por um tamanho menor, especial para os recém-nascidos, fixada dentro da incubadora, onde o RN fica na posição supina, seguro e confortável, conforme trazido neste artigo inserido na revisão.10 O mesmo artigo aborda que a prática clínica sobre a redeterapia ainda é escassa, e que necessita de estudos que auxiliem na evidência do método. A redeterapia traz consigo diversos benefícios, como: o ganho de peso, melhora da frequência cardíaca e respiratória, auxílio na postura e desenvolvimento motor e neurológico do recém-nascido.[10]

De certa maneira a influência da redeterapia no comportamento do recém-nascido é apresentada pela frequência cardíaca e respiratória estáveis, adequada tonalidade na pele e olhos, na qualidade do sono e alimentação, como consequência o aumento de peso gradativamente, mobilidade corporal suave e com sincronia, tônus muscular apropriado para sua idade gestacional, atitudes de autoconsolo, como a sucção dos dedos das mãos e posição das mãos em seu rosto e uma boa adequação aos estímulos externos, como iluminação e ruídos.[18]

O método da redeterapia é apontado nos artigos analisados, como um grande redutor do estresse neonatal, além de promover a saúde do RN e fornecer conforto durante o período intensivo. Este estudo também abordou a melhoria ofertada na postura do RN que vivenciou a redeterapia, bem como da agilidade motora, tônus muscular, respiração e funções cardíacas.[9]

Outra pesquisa, confirma que a redeterapia, também chamada de rede balanço, proporciona uma melhora hemodinâmica no recém-nascido, atribuindo a sensação da presença do ventre materno, como ocorria durante o período gestacional, além de favorecer o desenvolvimento neonatal, e promover conforto.[12]

O uso da redeterapia como medida terapêutica e humanizadora dentro das UTIN's está crescendo, pelo baixo custo e por apresentar um bom resultado, com o

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

mínimo de risco e efeitos adversos como: perda de calor e consumo de energia corporal, viabilizando o ganho de peso, aumento no descanso do recém-nascido, aperfeiçoamento nas respostas corporais, a sensação de aconchego. Assim, é visível os benefícios alcançados com a utilização da redeterapia no cuidado a RN's internos em UTIN.[12]

Esta pesquisa, corrobora com os demais estudos, pois a pesquisa mostrou, que a redeterapia favoreceu o desenvolvimento e a atividade motora dos recém-nascidos, além da capacidade espontânea e funcional do tônus muscular.[13,15] Outros benefícios elencados, correspondem ao suporte e postura do recém-nascido; potencialidade no desenvolvimento ósseo e favorecimento dos estímulos e reflexos neonatais.[14] Corroborando com esse resultado, um estudo aponta, que as redinhas, quando utilizadas de forma terapêutica, proporcionam um aconchego aos bebês que estão nas incubadoras, e que estimulam os reflexos primitivos.[5]

O uso da redeterapia é uma tecnologia humanizada em saúde, que proporciona a família um cenário de maior cuidado com o seu bebê, que se encontra em um estado delicado de saúde, e por muitas vezes instável. É aceitável metodologias que tragam ações de humanização em seus pilares, como a redeterapia, que proporciona uma prática clínica mais qualificada, com conforto, redução de stress materno e neonatal, além de auxiliar no desenvolvimento da criança que está utilizando.[6]

Neste mesmo estudo, por causa da utilização da redeterapia, os recém-nascidos se apresentaram mais tranquilos, demonstrando menor agitação com o local em que estavam, além de realizarem movimentos, como: chupar os dedados, cruzar as mãos na região do tórax, colocar a perna fora da rede, e estes movimentos favoreceram a melhoria do tônus muscular destes RN's.[6]

Ainda existe a necessidade de novas pesquisas sobre a temática, como abordado neste estudo, que traz a redeterapia como um recurso de sono tranquilo, conforto, que ajuda no manuseio do bebê, reduz o stress, diminui a regurgitação, as chances de broncoaspiração, induz ao maior tempo de sono e melhora no padrão respiratório. [16]

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Mesmo com todos esses benefícios apontados nas publicações encontradas, a literatura ainda é escassa, e possui lacunas de conhecimento a respeito do tema, onde este estudo ressalta a importância de pesquisas atuais.[16]

Dessa forma, os resultados dessa pesquisa trouxeram o uso da redeterapia com efeitos benéficos tanto para o RN, quanto para os seus familiares. Os artigos concordam entre si, considerando que a redeterapia possui efetividade na saúde do RN que está em terapia intensiva, gerando conforto, cuidado, estimulação de movimentos e reflexos da criança. A redeterapia é um recurso de humanização, e isso é um fator importante para o cuidado de enfermagem, sabendo que é necessário oferecer e realizar, todos os procedimentos invasivos ou não no RN, ancorando a humanização durante a sua assistência.

Estudos que mobilizem temáticas inovadoras são relevantes, principalmente quando se trata de uma linha de cuidado como a de saúde da criança e recém-nascido, que exigem diversas técnicas, manuseios, e principalmente características humanizadoras no decorrer da assistência, que proporcionem proteção e conforto.

CONSIDERAÇÕES

Este estudo alcançou os objetivos propostos inicialmente, analisando publicações científicas relacionadas à temática de redeterapia para recém-nascidos na Unidade de Terapia Intensiva, onde foi possível perceber que uma das limitações da pesquisa, estavam relacionadas a ausência de estudos mais profundos sobre o tema estudado. A literatura ainda necessita de novas pesquisas, saberes e olhares sobre o uso da redeterapia como recurso terapêutico para os recém-nascidos em situação clínica intensiva.

Dentre os resultados elencados, foi notório que todos os artigos analisados ressaltam a importância da temática, sua implantação recente, bem como a relevância de sua aplicação na incubadora dos recém-nascidos, onde estes, passaram a ter maior

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

conforto, redução no estresse neonatal, melhora na frequência cardíaca, respiratória, no tônus muscular e reflexos primitivos, ideais para idade.

Sendo assim, a redeterapia ainda trouxe como resultado o poder da humanização sob o recém-nascido e sua família. Pois, ao implantar esta técnica, a assistência se torna ideal, qualificada, e empática, o que é um fator de suma importância para a prestação de cuidados ao recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva.

Percebeu-se que a redeterapia auxilia na recuperação dos recém-nascidos prematuros, em diversos aspectos trabalhados durante este estudo, que vão desde a humanização, até a melhoria da musculatura do recém-nascido. As políticas públicas brasileiras garantem estratégias para o cuidado humanizado à criança e sua família, por isso, é preciso fortalecer as formas de implementar essas estratégias, tendo como exemplo a redeterapia e seus benefícios para a saúde do bebê.

A equipe multiprofissional precisa estar apta para realizar esse procedimento, conhecer os conceitos, efeitos positivos, formas de realização e a melhor abordagem para o recém-nascido, e por esse motivo, ocorre a necessidade de capacitações junto aos gestores de hospitais amigos da criança, que preconizam ações humanísticas de saúde. Desse modo, recomenda-se este estudo para profissionais de saúde, estudantes, e todos os envolvidos na assistência de enfermagem à saúde do neonato, que desejem melhorar a sua prática e suas ações de cuidado.

Conforme explanado inicialmente, é um desejo dos pesquisadores deste estudo, que as pesquisas relacionadas a essa temática possam germinar e avançar, para promover melhores metodologias na continuidade do cuidado, principalmente para bebês que estão em situações clínicas diferenciadas, e que requerem cuidados de alta complexidade.

REFERÊNCIAS

1. Brandão MF, Pinheiro FCG, Albuquerque NV. Relato de experiência: bolsista no programa Proensino/sesa no serviço da unidade de terapia intensiva em um hospital do

município de Fortaleza-CE. Anais da Mostra de Pesquisa em Ciência e Tecnologia. 2017.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação. Diário Oficial da União. 2012.

3. Rocha LAA, Martins CD. Ruídos Ambientais na UTI Neonatal: considerações da equipe de enfermagem. Revista Brasileira de Ciências da Vida, v. 5, n. 4, 2017

4. Giamellaro A, Oliveira EA, Rodrigues EC, Andrade NV. Evaluation of cardiorespiratory variables after the use of hammock position in mechanically ventilated preterm newborns and under oxygen therapy. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. 2018. 63(3):173-178.

5. Queiroz CMB, Santos-de-Araújo AD, Silva LMF, Júnio JAGS, Bassi D, Souza CTS, et al. Repercussões no neonato da utilização de redes de descanso e posição prono. Rev. Investig, Bioméd. São Luís, 9(2): 159-167, 2017

6. Nogueira DL, Fontenele MGM, Nascimento NAM, Marques KMAP, Lima RB de, Furtado RV. Influência da redeterapia no comportamento de recém-nascidos prematuros. CIAIQ. 2018. 2(1).

7. Carvalho LS, Pereira MCC. As reações psicológicas dos pais frente à hospitalização do bebê prematuro na UTI neonatal. Revista da SBPH. 2017. 20 (2):101-122.

8. Sousa LMM, Marques-Vieira CMA, Severino SSP, Antunes AV. A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. Revista Investigação em Enfermagem – nov. 2017: 17-26

9. Costa KSF, Fernandes DS da, Paula RAP, Guarda LEDA, Daré MF, Castral TC. et al. Rede de descanso e ninho em prematuros: ensaio clínico randomizado. 2019. 72 (3): 103-109.

10. Leonel PS dos, Silva LJ da, Porto FR, Santos IMM, Adegas ECV, Gomes TO de. Uso da rede para posicionamento do prematuro na UTI neonatal: análise de notícias eletrônicas. Rev. pesqui. cuid. Fundam (Online). 2018. 10 (1) :106-112.

11. Costa KSF, Beleza LO de, Souza LM, Ribeiro LM. Hamaca y nido: comparación entre los efectos fisiológicos y de comportamiento en prematuros. 2017. 37 (esp):e62554.

12. Costa GA, Santos TB. Avaliação dos sinais de stress em recém-nascidos pré-termos colocados em rede de balanço em unidade de terapia intensiva neonatal: estudo clínico experimental com avaliador cego. 14 Congresso Nacional de Iniciação Científica. 2014. 1(1): 1-4.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

13. Santos PNL dos, Dittz ES da, Alves CO. Premature newborn babies´ positioning at the neonatal intensive care unit and its relation with motor development. Temas desenvolv. 2011. 18(101):22-31.

14. Toso BRGO, Viera CS, Valter JM, Delatore S, Barreto GMS. Validation of newborn positioning protocol in Intensive Care Unit. Rev Bras Enferm. 2015;68(6):835-41.

15. Bertolossi M, Lima de Bragança C, Leite K, Luzia J, Ribeiro Francisco MT, Seabra Junior HC. et al. Os posicionamentos dos recém-nascidos no leito como prática assistencial da equipe de enfermagem. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online. 2012. 4(3):2521-2528.

16. De Albuquerque TM, Albuquerque RC. Estratégias de posicionamento e contenção de recém-nascido pré-termo utilizadas em unidades de terapia intensiva neonatal. Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional. 2017 1 (1):40-51.

17. De Queiroz CMB, Araújo ADS, Silva LMF, Silva Júnior JAG, Bassi D, Souza CTS et al. Repercussões no neonato da utilização de redes de descanso e posição prono. Revista de Investigação Biomédica. 2018. 9 (2):159-167.

18. Nogueira DL, Fontenele MGM, Nascimento NAM, Marques KMAP, Lima RB, Furtado RV, et al. Influência da redeterapia no comportamento de recém-nascidos prematuros. Investigação Qualitativa em Saúde. 2018, v. 2.

CAPÍTULO XXIII

VIOLÊNCIA DIGITAL CONTRA A MULHER: EFEITOS DO CYBERBULLYING, SEXTING E DA PORNOGRAFIA DE VINGANÇA NAS REDES SOCIAIS

Wellyta Ribeiro de Souza[109]; Fabio Montalvão Soares[110].
DOI-Capítulo: 10.47538/AC-2021.05-23

RESUMO:
Neste artigo abordaremos a importância de se falar sobre a violência como abuso de poder na internet, especificamente em relação a ações abusivas contra a mulher que são potencializadas através dos meios digitais. Neste contexto, faremos uma reflexão sobre práticas como o cyberbullying, o sexting e a pornografia de vingança. Faremos também algumas reflexões sobre a legislação vigente responsável por dar amparo às vítimas de crimes virtuais, no sentido de compreender como se manifestam as formas de violência contra a mulher nos meios digitais, visando fornecer subsídios a fim de ajudar a mudar essa realidade que não para de crescer com o avanço das novas tecnologias. Neste sentido, faremos uma reflexão de um caso notório de violação cometida por meio das redes sociais, discutindo sobre a evolução da nossa legislação diante do atual cenário é de que forma esta vem nos auxiliando a combater a violência digital contra mulher.
PALAVRAS-CHAVE: Cyberbullying. Sexting. Pornografia de vingança.

DIGITAL VIOLENCE AGAINST WOMEN: CYBERBULLYING, SEXTING, REVENGE PORNOGRAPHY AND THE SPREAD OF FEMALE INTIMATE PHOTOS ON SOCIAL NETWORKS.

ABSTRACT:
In this article will be addressed the importance of talking about violence as abuse of power on the Internet, specifically in relation to abusive actions against women empowered through digital media. In this context, we will reflect about practices such as cyberbullying, sexting and revenge pornography. We will also make some reflections about the current legislation responsible for supporting victims of cybercrime, in order to understand how forms of violence against women manifest themselves in digital media, aiming to provide subsidies to help change this ever-growing reality with the advancement of new technologies. In this sense, we will reflect on a notorious case of violation committed through social networks, discussing the evolution of our legislation in the current scenario and how it has been helping us to combat digital violence against women.
KEYWORDS: Cyberbullying. Sexting. Revenge porn.

[109] Universidade Federal de Jataí - UFJ, Jataí GO, Brasil. E-mail: wellyta.ribeiro@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1235-8996
[110] Universidade Federal de Jataí - UFJ, Jataí GO, Brasil. E-mail: professor.fabiomontalvao@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1235-8996

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

INTRODUÇÃO

No cenário contemporâneo, podemos observar a ascensão de uma multiplicidade de dispositivos tecnológicos que interferem massivamente nas relações sociais. Pesquisas recentes (LÉVY, 2008; CÁDIMA, 2015; FIUZA, LEMOS 2016, dentre outros autores) apontam para o surgimento de transformações significativas nas dinâmicas interpessoais a partir da interatividade no contexto da emergência dos novos dispositivos de mídia, em especial as redes sociais, tais como WhatsApp, Facebook, Instagram, Twitter, dentre outros. Como nos apontam Figueiró, Minchoni, Figueiró (2015) as mídias influenciam comportamentos e produzem subjetividades De acordo com Rosemary Segurado, Carolina S. M. de Lima e Cauê Ameni (2014) a internet, naturalmente fluida, rompe com fronteiras nacionais, redimensionando as questões sociais, econômicas e políticas e modificando a relação tempo/espaço. Os autores apontam ainda para a consolidação de marcos regulatórios das redes virtuais em países como Brasil, Chile, França e EUA. Neste sentido, podemos observar que, dentre os diversos fatores relevantes relativos à ascensão das mídias tecnológicas acima citadas, surge como questão preocupante o impacto causado por essas novas tecnologias no plano das relações interpessoais.

Em função deste cenário, torna-se importante destacar o fenômeno cada vez mais crescente da veiculação não autorizada de conteúdos de natureza íntima nas redes sociais. Tais ações se caracterizam como práticas relativas ao sexting, a pornografia de vingança e ao cyberbulling as quais pretendemos abordar neste artigo. Destacamos que tais formas de violação têm atingido cada vez mais o público feminino, que passa a ser vítima da exposição abusiva de sua vida privada nas redes sociais, seja por meio da veiculação de informações particulares em termos de vazamento de arquivos de textos e áudios pessoais, seja pela circulação abusiva de imagens íntimas e do cotidiano sem o seu consentimento, visando à exposição pessoal como forma de violência[111].

111 Ver Reportagem: PORTAL UOL. Mulheres são maiores vítimas de vazamentos na internet. Disponível em: https://www.uol.com.br/tilt/noticias/redacao/2017/03/08/mulheres-sao-maiores-vitimas-de-vazamentos-na-internet-saiba-se-proteger.htm?cmpid=copiaecola. Acesso em: 10/05/2019.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Para os autores, a manutenção do espaço privado na internet e nas redes sociais se coloca como crucial, uma vez que "a garantia das liberdades individuais e coletivas, a questão da privacidade e as efetivas possibilidades de controlar a livre expressão na internet constituem a base fundamental para compreender as questões em disputa no complexo debate em torno da regulamentação do uso da internet (SEGURADO, DE LIMA, AMENI, 2014, p. 02). No entanto, embora tenhamos assistido ao longo dos anos à implementação de uma série de marcos regulatórios acompanhando o desenvolvimento das novas tecnologias, parece que a dimensão da interatividade potencializada pelos dispositivos de mídia tem aberto caminho para novas práticas de violência.

Entendemos que tais fenômenos contribuem para a produção e reificação de um imaginário preconceituoso em relação ao feminino, uma vez que tais ações abusivas produzem um impacto direto na retificação das imagens, conceitos e valores relativos ao papel social da mulher e as representações estereotipadas relativas ao universo feminino no contexto de uma cultura machista e violenta, pois como nos mostra Silvana Mota Ribeiro (2002, p. 2), a "imagem" é ponto de partida e de chegada da complexa relação entre as representações sociais e imagens visuais, o que pode neste caso contribuir para a manutenção destes estereótipos. E é neste contexto que apresentamos o objetivo deste artigo, ou seja, realizar uma breve análise de práticas como o cyberbullying, sexting e a pornografia de vingança, como formas de violência digital específicas contra o público feminino. Para tanto, iremos estabelecer num primeiro momento, uma breve definição dos conceitos de violência, violência doméstica, violência contra a mulher e violência digital. Posteriormente, será feita uma investigação dos significados de cyberbullying, sexting e a pornografia de vingança, traçando também uma reflexão sobre os efeitos dessas práticas em relação ao universo feminino.

AS FORMAS DE VIOLÊNCIA E O MUNDO DIGITAL

É importante colocar que, ao tratar do tema da violência, partimos de uma posição crítica ao senso comum que trata este fenômeno no geral como uma forma

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

cotidiana de agressão, sendo, por exemplo, uma ação irracional usualmente desencadeada por sentimentos de raiva, ódio, dentre outros aspectos. Ao tratar deste assunto Fabio M. Soares (2015) explica que concepções como esta se tornam naturalizadas e inseridas no imaginário coletivo. Destacamos que a violência está ligada a diversos outros tipos de práticas que não poderiam ser exaustivamente analisados neste texto, embora busquemos uma definição única, pois por mais que se trate de um assunto extenso com possibilidades diferentes de abordagem, ele acaba se tornando complexo justamente pelo excesso de modalidades a serem investigadas, em especial quando exploramos o universo digital. No entanto, entendemos a partir da leitura do autor que a violência, seja em qualquer de suas modalidades, se manifesta como abuso de poder no plano das relações interpessoais e que desde muito tempo vem envolvendo o conjunto da sociedade, independentemente das suas diferentes classes sociais. Cabe lembrar que devemos não nos ater somente a violência em suas modalidades de agressão física. Na verdade, ela implica agressão psicológica, simbólica e subjetiva a partir de qualquer modalidade de abuso de poder. Para autores como Jurandir Freire Costa (2009) a definição de violência é entendida,

> Não só como coerção, mas simultaneamente como desrespeito à lei ou ao contrato, pressupõe-se então um uso arbitrário e gratuito de força por parte do mais poderoso contra o mais fraco. Violência é, antes de tudo, abuso de força, abuso de poder (COSTA, 2009, p. 16).

Linda L. Dahlberg e Etienne G. Krug (2007) corroboram com nosso ponto de vista, fazendo uma reflexão sobre o tema a partir do entendimento da Organização Mundial da Saúde – OMS. Está a define sendo “o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação” (DAHLBERG; KRUG, 2007, p. 1165). Neste sentido, a OMS vem desenvolvendo ao longo dos anos uma série de estudos e pesquisas sobre o tema, apontando, como explica Rosa Rosiléia et all (2008), para uma série de vetores e indicadores organizados em pelo menos três grandes eixos. O primeiro, a violência autodirigida (violência praticada contra si mesmo); o segundo, a violência interpessoal

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

(cometida por pessoas conhecidas ou desconhecidas); e o terceiro, a violência coletiva (cometida por países ou grande grupos). Dentro dessas categorias existem ainda quatro tipos/naturezas de atos violentos nos quais a vítima potencialmente pode se enquadrar. São elas: a física, a sexual, a psicológica e a relacionada à privação ou abandono. Para Dahlberg e Krug essa classificação de categorias da violência embora não seja totalmente perfeita é amplamente aceita na comunidade científica, uma vez que contribui para a:

> Compreensão dos tipos complexos de violência praticada em todo o mundo, assim como a violência na vida cotidiana de indivíduos, famílias e comunidades. Ela também supera as muitas limitações de outras tipologias, na medida em que capta a natureza dos atos violentos, a relevância do cenário, a relação entre agente e vítima e, no caso da violência coletiva, as possíveis motivações para a violência. Todavia, tanto na pesquisa como na prática, as linhas divisórias dos diferentes tipos de violência nem sempre são claras (DAHLBER; KRUG, 2007, p. 1164).

Conforme podemos observar a violência pode ocorrer de várias maneiras. A violência doméstica, por exemplo, é uma das formas mais usuais. Nela geralmente o agressor é alguém que faz parte do círculo de convivência da pessoa agredida, ao invés de ser um estranho completamente aleatório. Recentemente, pesquisadores do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, realizaram uma pesquisa pelo *Monitor da Violência*[112], demonstrando que no ano de 2018, 27,4% das mulheres brasileiras acima dos 16 anos passaram por algum tipo de violência. Entre as mulheres entrevistadas, cerca de 42% das violências ocorreram no ambiente doméstico, sendo que, de cada 8 em 10 mulheres as violências foram praticadas por algum conhecido. Parceiros amorosos representam 23,9% dos casos, ex-companheiros foram 15,2%, irmãos, 4,9%, amigos, 6,3%, e pais, 7,2%. Ao final foram ouvidas 1.092 mulheres, em 130 municípios diferentes do Brasil, constatando que destas mulheres cerca de 52% não denunciaram o agressor ou

112 Esta pesquisa pode ser encontrada na reportagem publicada no Portal G1. Ver: BUENO, Samira de; DE LIMA, Renato Sérgio. Dados de violência contra a mulher são a evidência da desigualdade de gênero no Brasil. In: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 08/MAR/2019. Disponível em: https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/2019/03/08/dados-de-violencia-contra-a-mulher-sao-a-evidencia-da-desigualdade-de-genero-no-brasil.ghtml Acesso em: 03/10/2019.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

procuraram ajuda. Ainda segundo os pesquisadores, a violência doméstica é uma das modalidades que mais causam vítimas, mas infelizmente a menos denunciada, pois na maioria das vezes são representadas por pequenas modalidades de abusos que acabam sendo perdoáveis, conforme a cultura de submissão e desinformação da vítima. Porém, o importante é entender que essas relações se caracterizam não só pela agressão física ou uso da força, mas principalmente pelo uso abusivo de poder, tendo como objetivo a imposição de dominação e da posse sobre o outro.

Para Nadielene Pereira Gomes et. al. (2007) "a violência direcionada a mulher consiste em todo ato de violência de gênero que resulte em qualquer ação física, sexual ou psicológica, incluindo ameaças" (GOMES et al, 2007, p. 505). Com o intuito de punir com maior rigor os agressores de mulheres no âmbito doméstico e familiar, no dia 22 de Setembro de 2006 foi sancionada a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/06). É interessante notar que a lei em questão destaca no plano da violência conjugal a dimensão íntima do afeto manifesta nas relações interpessoais o que nos possibilita extrapolar o âmbito das relações estritamente conjugais. Para os autores, "a lei ainda faz referência à violência conjugal como aquela que se dá em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independente de coabitação" (GOMES et al, 2007, p. 505). Neste sentido, a lei Maria da Penha veio a se tornar o principal instrumento de punição em se tratando dos casos de violência contra a mulher no país.

Porém, no contexto atual marcado pelo avanço tecnológico, ela não consegue circunscrever formas de abuso de dados fora do domínio conjugal formal (baseado na presencial) ou de determinadas práticas inerentes às relações cotidianas. O grande número de pessoas alcançadas pelas chamadas redes sociais e a instantaneidade com que as mensagens de voz e de texto, assim como arquivos de vídeos e fotos que são trocados e compartilhados nesse ambiente virtual demonstram o quanto as relações interpessoais estão sendo cada vez mais mediadas pelos dispositivos de mídia/internet, fato cada vez mais naturalizado pela população. Contudo, apesar de serem úteis e de facilitar a troca

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

de informações e promover debates entre os usuários, as redes sociais têm sido também um espaço de produção de formas de violência, principalmente contra as mulheres.

Desse modo, destacamos o surgimento de uma nova modalidade de violência, percebendo que ela vem se tornando tão preocupante quanto às demais formas reificadas, sendo mais diversificada quanto ao seu formato e enquadramento como ato abusivo. Sabemos que o desenvolvimento tecnológico torna-se importante no que se refere ao surgimento de novos suportes de produção e circulação de informações e práticas sociais e destacamos as redes sociais como exemplo desse tipo de suporte. Sobre este ponto, Maria Inês Tomaél, Adriana Rosecler Alcará e Ivone Guerreiro Chiara (2005) discorrem sobre essas redes trazendo a ideia de que,

> Nas redes sociais, cada indivíduo tem sua função e identidade cultural. Sua relação com outros indivíduos vai formando um todo coeso que representa a rede. De acordo com a temática da organização da rede, é possível a formação de configurações diferenciadas e mutantes (TOMAÉL; ALCARÁ; CHIARA, 2005, p. 93).

Observamos que a violência passa a se estender agora dentro do ambiente virtual, através das redes sociais e aparelhos de comunicação digital, abrindo espaço para novos tipos de agressões contra os direitos humanos, principalmente das mulheres. Como relata Roseli Andrion (2019), inúmeros casos de assédio, machismo e até ameaças de morte em suas manifestações usuais agora ocorrem no universo das redes sociais e dispositivos de mídia/internet. Desse modo destacamos a violência digital, a partir das definições de Soares (2015) e Costa (2009), como uma forma de exercício abusivo de poder sobre o outro a partir da manipulação de dispositivos de mídia/ internet no âmbito das redes sociais. Como, exemplo desse fenômeno citamos os casos de acesso a essas redes e plataformas, nos quais se percebe uma série de críticas e comentários nocivos que reproduzem e potencializam uma multiplicidade de outras práticas abusivas, tais como a proliferação de discursos racistas, misóginos, etc. De acordo com Paula Sibilia (2016),as redes sociais tornaram-se palco de um verdadeiro espetáculo de auto exibição narcísica, onde em alguns casos, muitas pessoas acreditam ter a liberdade de poder manifestar suas posições mais radicais e retrógradas, defendendo mesmo posições

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

extremistas, preconceituosas e de manutenção da tirania e da barbárie em declínio ao pacto civilizatório. Neste sentido surgem violações de todo tipo na esfera das redes sociais que atingem desde as pessoas comuns até as classes mais abastadas, tornando cada vez mais corriqueiros, inclusive, fatos ocorridos com celebridades femininas, dentre os quais destacamos a misoginia digital[113].

Torna-se importante destacar que são escassos os dados específicos que mostram a violência contra mulher na internet. No ano de 2018 o relatório anual feito pelo instituto SaferNet[114], que promove ações de defesa dos direitos humanos na esfera das redes, mostrou que foram feitas 16.717 denúncias de crimes na internet contra a mulher[115], havendo um aumento significativo em relação a 2017, quando foram registradas 961 queixas do tipo. Já a pesquisa *A voz das redes: o que elas podem fazer pelo enfrentamento das violências contra as mulheres*, realizada pelo Instituto Avon[116], afirma que em 2017, o assédio foi o 26º assunto mais comentado na internet, onde somente nos últimos 3 anos, as menções cresceram 324%, com destaque para um novo tipo de assédio, o virtual, que cresceu mais de 26 mil%, de acordo com o instituto. Os dados foram coletados, por meio das redes sociais Facebook, Twitter e Instagram, e contabilizam 14.043.912 menções relacionadas aos assuntos de assédio e violência contra a mulher e termos variados. O período analisado foi de 35 meses (janeiro/2015 a dezembro/2017).

113 De acordo com Giuliana Debiazi, misoginia é o nome dado para a antipatia, o desprezo ou a aversão às mulheres. A palavra tem origem na junção dos termos gregos miseo, que significa ódio, e gyne, que se refere à mulher. O termo apesar de ser antigo, ganhou maior destaque somente nos últimos anos nas redes sociais com as crescentes discussões sobre os direitos das mulheres, debates sobre questões de gênero e valores do feminino. Ver:
PORTAL G1. Dados de violência contra a mulher são a evidência da desigualdade de gênero no Brasil.
Disponível em: https://g1.globo.com/monitor-da-violencia/noticia/2019/03/08/dados-de-violencia-contra-a-mulher-sao-a-evidencia-da-desigualdade-de-genero-no-brasil.ghtml. Acesso em: 10/05/2019.
114 A SaferNet Brasil é uma associação civil de direito privado, com atuação nacional, sem fins lucrativos ou econômicos, sem vinculação político partidária, religiosa ou racial, fundada em 2005, com foco na promoção e defesa dos Direitos Humanos na Internet no Brasil. Esta vem desenvolvendo campanhas educativas sobre o tema aqui abordado voltadas ao público jovem. Ver: https://new.safernet.org.br/content/institucional.
115 Ver: ANDRION, Roseli. Mulheres são maiores vítimas de vazamento de fotos e perseguição na internet. In: Olhar digital, 25/07/2010. Disponível em: https://olhardigital.com.br/noticia/mulheres-sao-maiores-vitimas-de-vazamento-de-fotos-e-perseguicao-na-internet/88340. Acesso em: 21/10/2019.
116 Maiores informações sobre essa pesquisa em: https://dossies.agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/pesquisa/voz-das-redes/

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Tais fatos evidenciam que as ocorrências preocupantes de violência contra a mulher, tais como feminicídios, abusos sexuais e privação de direitos que antes eram registrados somente no "mundo físico", agora se manifestam também nas redes sociais. Ou seja, o que antes ocorria no mundo concreto passa agora, em função dos avanços e das novas possibilidades tecnológicas, a se manifestar e se disseminar de modo mais rápido nas mídias sociais. Desse modo, passamos neste momento a delinear com maior clareza algumas das principais modalidades de violência na Internet e nas redes sociais. Suzana da Conceição Barros, Paula Regina Ribeiro e Raquel Quadrado (2014) seguem a mesma linha de pensamento compreendendo que a facilidade a qual os indivíduos encontram para compartilharem suas informações nas redes sociais com outras pessoas cria as "condições para emergência de uma sociedade que busca visibilidade e transparência, onde a vida privada agora se torna algo a ser exposto" (BARROS; RIBEIRO; QUADRADO, 2014, p. 202).

CYBERBULLYING, SEXTING E A PORNOGRAFIA DE VINGANÇA

Uma vez tendo circunscrito o campo de violência na internet/ redes sociais, passamos neste momento a tratar especificamente do *cyberbulling*. Tal iniciativa se deve ao fato de o cyberbulling ser uma prática específica do universo virtual das redes sociais e de caráter nitidamente abusivo. Podemos mesmo considerar que todas as formas de agressão dadas no universo virtual possuem uma conotação de bullyng, ou seja, visam agredir, destratar, ridicularizar, diminuir a vítima através de alguma forma exposição nociva. De acordo com Ana Catarina Calixto Cruz (2011), "o prefixo 'cyber' refere-se à utilização das novas tecnologias de informação (e-mail, celulares, dentre outros), enquanto o sufixo 'bullying' é relativo à forma tradicional de importunar, ameaçar e ridicularizar os outros, de forma intencional" (CRUZ, 2011, p. 4). Esse tipo de prática nos chama a atenção em função de afetar diferentemente a vida dos usuários. Como aponta a autora, o ciberbullying extrapola a dimensão presencial do bullyng tradicional, tirando da vítima a possibilidade de conseguir escapar dos ataques que podem, por

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

exemplo, vir a ocorrer ostensivamente por meio de aplicativos de mensagens. Suas atitudes são identificadas pela manifestação de múltiplas formas de chantagens que acontecem de maneira repetitiva, principalmente entre crianças e adolescentes. Embora o cyberbullyng possa parecer um tipo de prática comum no universo de crianças e adolescentes, um fato nos chama a atenção. Levantamentos realizados por entidades como o Instituto Ipsos[117] realizado em 2018 e pela SaferNet, no ano de 2017[118] apontam que as mulheres aparecem sendo as maiores vítimas dos crimes virtuais. Além disso, elas correspondem a cerca de 65% dos casos de cyberbullying e intimidação na internet e 67% dos casos que envolvem mensagens de conteúdo íntimo e sexual e exposição íntima. Estes institutos destacam ainda que o número casos da chamada pornografia de vingança no Brasil, abrangendo principalmente mulheres, quadruplicou nos últimos anos.

As características do cyberbullying são próprias, sendo comum o fato de os agressores criarem perfis falsos na rede com o objetivo de intimidar e ridicularizar a vítima. A pessoa que comete tal prática é chamada de "cyberbullie", observando que essas ações alcançam grandes proporções na web. As novas plataformas e dispositivos das redes sociais vêm servindo de suporte em muitos casos para produzir, veicular e espalhar conteúdos que geram ofensas, humilhações e violência psicológica, além de produzir formas de intimidação e constrangimento às vítimas. É importante discutir sobre os danos que as modalidades de violência na Internet podem acarretar às pessoas, justamente para que estas também saibam lidar da melhor maneira possível com o assunto, tanto na escola, quanto em casa entre família. Como nos explica Cruz, é desse modo que "o cyberbullying caracteriza-se como sendo uma experiência traumática, que traz consequências físicas, psicológicas, emocionais, sociais e cognitivas, principalmente para as vítimas" (CRUZ, 2011, p. 4).

117 A Ipsos é uma empresa de tecnologia em informática e gerenciamento de metadados que desenvolveu um estudo específico sobre o fenômeno do cyberbullyng que pode ser acessado em: https://www.meioemensagem.com.br/home/midia/2018/07/13/ipsos-17-dos-pais-relatam-que-filhos-sofreram-cyberbullying.html. Maiores informações sobre o instituto: https://www.ipsos.com/pt-br/quem-somos-nos
118 Maiores informações no site da Safernet no link: https://helpline.org.br/indicadores/

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

A SaferNet recebeu entre os anos 2007 e 2019 diversas denúncias de crimes que ocorreram na esfera do campo virtual. Os resultados do levantamento feito pelo instituto mostram que 39,4 mil páginas da internet entre redes sociais, sites e as próprias publicações feitas por usuários foram denunciadas por agredirem os direitos humanos das pessoas. Entre os conteúdos averiguados foi possível identificar comentários intimadores, racistas e com incentivo à violência. Luciano Sousa Moreno (2019) chama a atenção em seu artigo para a grande defasagem em relação a penalização desse tipo de prática, salientando que,

> O cyberbullying é uma ação ou comportamento, através do ambiente virtual, que possui a finalidade de maltratar, amedrontar ou intimidar, com crueldade, um indivíduo. Agressão essa, para a qual não existe enquadramento penal, trazendo danos irreparáveis para a vida da vítima, como o suicídio (MORENO, 2019, p. 2).

No ano de 2016 no Brasil, foi a primeira vez que o cyberbullying liderou o ranking, ocupando o primeiro lugar no que se refere aos motivos que levaram pessoas a pedirem ajuda. Diante desses dados que não param de crescer, torna-se evidente que o cyberbullying não pode ser encarado como uma "brincadeirinha" praticada na internet. Por trás de tal ato podem aparecer questões mais sérias de violação como as já mencionadas acima, e estas podem gerar consequências prejudiciais não somente a vítima, mas a todos os envolvidos no fato ocorrido, tais como as testemunhas, os incentivadores e os propagadores desse tipo de prática, pois quem dela participa, seja assistindo, ignorando ou ajudando a espalhar conteúdos agressivos nas mídias sociais também acaba tendo participação na violência. Percebe-se assim que tal prática deveria ser considerada como um problema de saúde pública, importante e crescente no mundo uma vez que ela possui o poder de gerar inúmeras consequências individuais e sociais como qualquer outra forma de violência.

A SaferNet Brasil registrou neste período, 312 pedidos de orientação e ajuda relacionados a chantagens ou discriminação na rede. Em se tratando desse fato específico surge agora uma modalidade diferenciada de violência virtual que pode ser enquadrada no âmbito do cyberbullyng. Trata-se do vazamento de fotos e vídeos íntimos conhecidos

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

como *sexting*. Segundo o instituto, cerca de 128 casos se caracterizam pela disseminação nas redes virtuais de conteúdos íntimos e privados de arquivos não autorizados. Trata-se da junção da palavra sex (sexo) + texting (torpedo), de origem inglesa e surgiu a partir da possibilidade de troca de mensagens e conteúdos de caráter erótico e sexual entre as pessoas por meio de "sms" (Short Message Service), ampliando o escopo para áudios, fotos e vídeos compartilhados via "mms" (multimedia messagem service). Conforme mostram Barros, Ribeiro, Quadrado (2014), o termo sexting surgiu no século XXI, nos Estados Unidos e baseia-se em compartilhar ou postar conteúdos íntimos não autorizados nas mídias sociais, como Facebook, Instagram, etc, sejam eles imagens, vídeos ou outros tipos de arquivo. Embora a prática de gravar imagens, áudios ou vídeos de conteúdo íntimo seja considerada por muitos uma estratégia de sedução que produz novos modos de se relacionar e experienciar a sexualidade, ela também deve ser considerada um fenômeno que envolve riscos e pode trazer futuros prejuízos para a vida de seus praticantes.

O que se torna preocupante no sexting não é a prática de compartilhamento em si, desde que não envolvam menores de idade e que se baseiam com consentimento mútuo. O que grande parte das pessoas muitas vezes ignora é que trocas aparentemente inocentes de arquivos podem gerar riscos. Muitas vezes estabelecemos juízos equivocados em termos de confiabilidade em relação às pessoas de nosso círculo, inclusive, parceiros. Daí surge a possibilidade de compartilhamento por parte de pessoas mal-intencionadas, extrapolando assim a dimensão consensual e privativa de troca de conteúdos, que passam a ser dirigidos a terceiros. Neste sentido, o usuário perde o controle sobre seus arquivos de cunho privado. Imagens de sexo e nudez têm efeito viral e rapidamente são disseminadas, podendo inclusive parar em sites de pornografia. Essas imagens podem permanecer anos na Internet, e aparecem vinculadas ao nome da própria vítima. O que significa que ela pode vir a sofrer danos desse tipo de iniciativa por um longo período de tempo. Cabe lembrar que a divulgação não autorizada de conteúdos íntimos configura uma infração grave tendo repercussões na esfera criminal. Como mostram Segurado, De Lima e Ameni (2014), "ao discutirmos a privacidade na rede,

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

referimo-nos à necessidade de que as regulamentações incluam formas de proteção às informações dos indivíduos (SEGURADO, DE LIMA, AMENI, 2014, p. 6).”

As práticas relativas ao sexting são também conhecidas como “*revenge porn*” ou *pornografia de vingança*. Poderíamos dizer que esta possui uma relação direta com a primeira, no momento em que as duas condutas envolvem a exposição de conteúdos de cunho sexual, e o não consentimento da pessoa que aparece nas imagens ou vídeos e a intenção do autor em prejudicar e destruir a honra da vítima. Para Thiago Mendon (2019), a *“Revenge Porn”* ou *“Pornografia de Vingança”* consiste em,

> Divulgar na internet por meio de sites ou redes sociais fotos e vídeos com cenas de intimidade, nudez, sexo á dois ou grupal, sensualidade entre outras coisas parecida, sem o consentimento da vítima, desta forma, inevitavelmente, colocando a pessoa em situação vexatória e constrangedora diante da sociedade e dela mesma. Esse crime tem como principal autor em sua maioria ex-parceiros (namorados, maridos), principalmente alguém que tinha relações íntimas com a vítima. Mas também existem casos em que essas divulgações não autorizadas de fotos e vídeos íntimos de terceiros se dá sem que os agentes sequer se conheçam, muitas vezes por furto ou invasão de seus computadores ou celulares, ou por situação em que levaram os aparelhos a uma assistência técnica (MENDON, 2019, p. 2).

O amplo espaço virtual que a tecnologia proporciona para seus usuários é imenso, fazendo com que variados conteúdos cheguem a milhares de pessoas instantaneamente. Com a popularização de dispositivos como os smartphones e o crescente acesso às redes sociais, torna-se cada vez mais comum a disseminação de situações de violência contra a mulher praticadas a partir das redes. Em relação a isso, Beatriz Accioly Lins (2016) explica que o termo vem sendo utilizado com frequência por diversos setores da sociedade a fim de dar conta de uma forma específica de violência digital contra a mulher, seja por militantes feministas, em notícias veiculadas pela mídia e em iniciativas legislativas levadas ao Congresso Nacional. A autora enfatiza que,

> De maneira geral, o termo é mobilizado para chamar a atenção de legisladores, autoridades e da população para essa prática, que visaria danificar a imagem e a moral da pessoa exposta, em especial mulheres, dando também status de crime a situações que são apresentadas, grosso modo, como uma nova e tecnológica faceta da violência contra as

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

> mulheres, sendo necessários, por isso, enfrentamentos políticos específicos e elaboração de soluções jurídicas mais rigorosas (LINS, 2016, p. 247).

Embora as formas de violência digital façam parte do mundo virtual, elas não estão deslocadas do "mundo real". Tais violências ainda possuem o mesmo pilar do exercício abusivo de poder que estamos acostumados a acompanhar no dia-a-dia, sendo o maior deles o desrespeito à privacidade do outro, que se torna cada vez mais exposto quanto ao consentimento sobre a disseminação de imagens ou conteúdos digitais íntimos. Nota-se que pessoas vêm usando cada vez mais os espaços virtuais para espalharem discriminações as quais a maioria das vezes foram reificadas socialmente e servem como elementos para reforçar as práticas violadoras recorrentes. Este é um problema que afeta a vida principalmente das mulheres, mas que na maioria das vezes não é levado a sério pela sociedade. O sexting, a pornografia de vingança e o cyberbullying devem ser tratados com maior rigor e não como como um fenômeno secundário ou irrelevante. Sabemos que tais práticas se exercem no contexto dos jogos afetivos e sexuais no campo das relações interpessoais, observando, contudo, que devem se desenrolar num regime consensual e de acordo com o respeito mútuo. Porém, quando ocorrem situações que denotam abuso de poder, então é preciso que se apliquem os instrumentos legais disponíveis.

Com Segurado, De Lima e Ameni (2014) e Wolton (2003) vimos que o espaço virtual da internet conta cada vez mais com dispositivos regulatórios que visam o enfrentamento das situações de violação às mais diversas. Constatamos ainda que carecemos de instrumentos mais eficazes que tratem do sexting, da pornografia de vingança e do cyberbullyng. Contudo, nos casos envolvendo a punição do sexting constatamos algumas conquistas e avanços. Como primeiro deles, destacamos as alterações recentes na legislação que resguarda as vítimas do abuso de poder relacionados à violência sexual. A principal delas é a lei nº 13.718[119] publicada no dia

119 A devida Lei passou então a: Alterar o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e revoga

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

25 de setembro de 2018 que se refere aos crimes que atingem a dignidade sexual. Embora não verse especificamente sobre as práticas as quais discutimos neste artigo, a referida lei nos auxilia na medida em que estas podem estar enquadradas na tipificação de crime de conduta por "importunação sexual", implantada no art. 215-A do Código Penal. Um dos maiores problemas encontrados por quem atua no combate ao cyberbulling e o sexting/ pornografia de vingança, em especial contra o público feminino, consiste na adaptação de uma legislação votada até então para um tipo geral de violação e que passa agora a ser utilizada a fim de enquadrar as novas modalidades de irregularidades na internet. Destaca-se também a adaptação no processo de diferenciação dos crimes virtuais e dos crimes presenciais, levando-se em conta as características referentes à autoria, à materialidade e à tipificação de seus institutos.

O segundo grande avanço foi a criação do chamado marco regulatório da internet pela Secretaria de Assuntos Legislativos do Ministério da Justiça em parceria com o Centro de Tecnologia e Sociedade da Fundação Getulio Vargas (FGV) do Rio de Janeiro. De acordo com Segurado, Lima & Ameni (2014) esta se consolidou como a primeira proposta de marco civil do mundo, regulamentando direitos, deveres e garantias no que se refere ao uso da rede de computadores no país. Destacamos esse avanço uma vez que a regulamentação da internet é na atualidade, "um dos temas mais polêmicos e complexos, envolvendo governos, sociedade civil, comunidades de internet e setores da iniciativa privada na elaboração de princípios, normas, regras e procedimentos decisórios para a regulamentação de ações que podem ou não ser feitas na rede" (SEGURADO, DE LIMA, AMENI, 2014, p. 18).

Como terceiro avanço destacamos ainda a promulgação da Lei nº 12.737/2012, denominada por *Lei Carolina Dieckmann*[120], que classifica como crime justamente casos

dispositivo do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais). Disponível em: CÂMARA DOS DEPUTADOS. Lei Nº 13.718, de 24 de setembro de 2018. Presidência da República, Secretaria-geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2018/lei-13718-24-setembro-2018-787192-publicacaooriginal-156472-pl.html. Acesso em: 05/11/2019.

120 Trata-se da lei12.737/2012, sancionada em 30 de novembro de 2012 aprovando alterações no Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei 2.848 de 7 de dezembro de 1940) e circunscrevendo os delitos ou crimes informáticos. A

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

como o da atriz, em que ocorre, por exemplo, a invasão de computadores, tablets ou smartphones conectados ou não à internet, com o fim de obter, falsificar, destruir dados ou informações de natureza privada. Desse modo, esta legislação igualmente altera o Decreto-Lei nº 2.848, visando preencher o vácuo legislativo que antes havia sobre o tema. O caso envolvendo a atriz Carolina Dieckmann ficou famoso no círculo da grande mídia, tendo ampla repercussão. A atriz foi surpreendida no momento em que teve suas fotos íntimas hackeadas e expostas na internet. A partir do ocorrido ela procurou a polícia, apresentando queixa formal para investigar os crimes de difamação, furto e extorsão. De acordo com fatos noticiados no portal do G1[121], no dia 04 de maio de 2012, trinta e seis fotos pessoais da atriz foram publicadas na internet, inclusive imagens ao lado do filho de apenas quatro anos de idade. Ela chegou a receber ameaças de extorsão, mas relatou não ter registrado queixa antes da divulgação das fotos, justamente para evitar mais exposição.

Ilude-se, porém, quem acredita que a prática do sexting ocorre somente com pessoas famosas. A mídia tem relatado o aumento sistêmico de casos de sexting e cyberbulling nos últimos anos. Destacamos aqui casos alguns casos noticiados[122], como o de uma jovem de 16 anos do Rio Grande do Sul e outra de 17 anos do estado do Piauí, que chegaram a se suicidar após conteúdos íntimos terem parado nas redes sociais e na internet, de uma forma geral. Após o ocorrido, elas não conseguiram conviver com a humilhação da exposição e restabelecer suas vidas. Conforme o relato, a garota gaúcha teve imagens íntimas divulgadas pelo seu colega de classe; já a outra viu um vídeo em que fazia sexo com seu namorado sendo disseminado pelo Whatsapp. Outro caso menos grave, mas ainda preocupante ocorreu na cidade de Goiânia, em que uma garota de 19

legislação é oriunda do Projeto de Lei 2793/2011, apresentado em 29 de novembro de 2011 que tramitou em regime de urgência e em tempo recorde no Congresso Nacional até aprovação final no ano seguinte.

[121] Reportagem Carolina Dieckmann fala pela 1ª vez sobre fotos e diz que espera justiça. Disponível no Portal G1, São Paulo: http://g1.globo.com/pop-arte/noticia/2012/05/carolina-dieckmann-fala-pela-1-vez-sobre-roubo-de-fotos-intimas.html. Acesso em: 20 de maio de 2019.

[122] Reportagem "Conheça o 'Sexting' e aprenda como se proteger dessa prática", publicada no portal 180 graus. Ver: PORTAL 180 GRAUS. Conheça o 'Sexting' e aprenda como se proteger dessa prática. 22/08/2017. Disponível em: https://180graus.com/sexo-prazer/conheca-o-sexting-e-aprenda-como-se-proteger-dessa-pratica. Acesso em: 10/05/2019.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

anos teve de largar o emprego e entrou em depressão após ter um vídeo íntimo com o namorado repercutido na internet. Estes são apenas exemplos de situações que vem ocorrendo com maior frequência e revelam a importância de pensar o impacto da violência contra a mulher na internet, em especial em relação as práticas do sexting, pornografia de vingança e cyberbulling.

Antes do ano de 2012, a carência de uma legislação específica torna dificultosa a apuração dos crimes virtuais, uma vez que a nossa legislação até então vigente se referia aos crimes de uma forma geral, independentemente de qual fosse o meio utilizado para a sua prática. Diante disso, para Artur Barbosa da Silveira (2015) é importante destacar que:

> O art. 154-A do Código Penal, que trouxe para o ordenamento jurídico o crime novo de "Invasão de Dispositivo Informático", consistente na conduta de "invadir dispositivo informático alheio, conectado ou não à rede de computadores, mediante violação indevida de mecanismo de segurança e com fim de obter, adulterar ou destruir dados ou informações sem autorização expressa ou tácita do titular do dispositivo ou instalar vulnerabilidades para obter vantagem ilícita". A pena prevista para o crime simples é de detenção de 3 meses a um ano e multa, havendo, entretanto, a previsão das formas qualificada e causas de aumento de pena (SILVEIRA, 2015).

Observamos então que vem ocorrendo um aprimoramento de legislação, na medida em que existe a preocupação por parte principalmente da sociedade em relação à segurança e proteção do direito ao sigilo de dados e informações no âmbito da esfera virtual. Porém, não podemos esquecer que a legislação precisa ainda ser mais aperfeiçoada, principalmente no que se refere às práticas discutidas neste trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfoque principal deste trabalho foi mostrar o quanto o fenômeno da violência vem sofrendo transformações, sendo potencializada e ampliada a partir das novas possibilidades tecnológicas. Surge desse modo, o fenômeno da violência digital, praticada por meio de aparelhos como computadores, smartphones através do acesso a

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

redes sociais como o Facebook, o Instagram, WhatsApp, etc. Neste contexto, detectamos um aumento expressivo da violência digital contra a mulher, principalmente no que se refere às práticas do cyberbullyng, do sexting e da pornografia de vingança. As modalidades de depreciação e desrespeito comuns ao bullyng tradicional se ampliam agora nas redes sociais, não se limitando ao universo jovem, mas estendendo-se ao público feminino.

Devemos considerar que o simples fato de outras pessoas acessarem e compartilharem de forma ilegal informações de conteúdo privado íntimo faz com que as vítimas se tornem vulneráveis, pois, tais conteúdos podem vir a ser utilizados como meio de chantagens e ameaças, por exemplo, com o intuito de macular a imagem pessoal e desmoralizar psicologicamente a vítima, visando aproveitamento não só o aproveitamento financeiro, mas de afirmação de atitudes misóginas. O que se torna evidente é que práticas como o sexting, a pornografia de vingança e o cyberbullying acabam gerando uma série de riscos para o público feminino, proporcionando vários desdobramentos de ordem psicológica, gerando sofrimento psíquico, pois devido à grande humilhação e vergonha sofridas, muitas mulheres acabam se tornando vítimas de males como a depressão e em casos mais sérios o suicídio, no sentido de pôr um fim a seus sofrimentos.

Nota-se também que embora a legislação atual venha se adaptando, não existe ainda uma clara definição concreta no campo jurídico para a prática da violência digital, em especial as práticas de sexting e cyberbullyng. Destacamos algumas inovações nessa área, tais como as transformações na legislação sobre crimes sexuais e a instituição do marco regulatório da internet e da lei Caroline Dieckmann. Contudo, esse é um campo que ainda carece de maiores avanços no sentido de uma política eficaz de enfrentamento da violência digital, tanto no âmbito geral, quanto no dos direitos das mulheres. Os poucos dados existentes de vítimas femininas que sofrem a prática do cyberbullying, do sexting e da pornografia de vingança não nos permitiram fazer maiores associações entre a violência contra mulher no “mundo real” e violência contra mulher no mundo digital,

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

deixando assim visível que é preciso aprofundar mais o assunto sobre violência contra a mulher na esfera das mídias digitais e redes sociais, para que ações efetivas no plano do cuidado e da atenção as vítimas desse tipo de prática sejam efetivamente consolidadas. Consequentemente, este artigo se torna um instrumento importante a fim de contribuir para a análise de alguns fatores que implicam no comportamento das pessoas que passam pela violência digital, na tentativa de tentar estabelecer cada vez mais iniciativas de auxílio que sejam eficazes.

Portanto, a fim de lidar com o tema de violência contra mulher no âmbito digital torna-se necessário investigar as referências já existentes tanto no âmbito técnico-jurídico, policial, social e psicológico, como também ter acesso às informações existentes de redes de apoio informal e ONGs. Afirmamos ainda ser indispensável a conscientização dos usuários, principalmente das redes sociais, para que essa ferramenta que hoje é imprescindível ao cotidiano das pessoas (possibilitando fenômenos como a integração interpessoal, compartilhamento de informações, disseminação de novas ideias, etc), não se transforme em instrumento de promoção de formas de violência.

REFERÊNCIAS

1. BARROS, Suzana da Conceição. Sexting na adolescência: Análise da rede de enunciações produzida pela mídia. Perspectivas. Florianópolis, v. 33, n. 3, p. 1185 - 1204, set./dez. 2015.

2. BARROS, Suzana da Conceição; RIBEIRO, Paula Regina Costa; QUADRADO, Raquel Pereira. Sexting: a espetacularização da sexualidade. Educação: Teoria e Prática. Rio Claro, número 45, p. 197-215, Janeiro/Abril, 2014.

3. CÁDIMA, Francisco Rui. Novas convergências digitais: mídia, humanidades e artes. Novos Olhares, 4(1), 193-204, 2015.

4. COSTA, Jurandir Freire. Violência e Psicanálise. São Paulo: Edições Graal, 2009.

5. CRUZ, Ana Catarina Calixto. O cyberbullying no contexto português (Dissertação de Mestrado). Ciências da Comunicação, Variante Estudos dos Media e de Jornalismo. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Universidade Nova de Lisboa. Março, 2011.

6. DAHLBERG, Linda L; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.11, supl. p. 1163-1178, 2007.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

7. FIGUEIRÓ, Rafael de Albuquerque; MINCHONI, Tatiana; FIGUEIRÓ; Martha Emanuela Soares da Silva. Mídia e Produção de Subjetividade: A Produção do "Menor Infrator" na Mídia Brasileira. QUIPUS: Revista Científica das Escolas de Comunicação e Artes e Educação. Vol. 4, n° 1, mai. 2015.

8. FIUZA, Patrícia Jantch; LEMOS, Robson Rodrigues. Interativas. Mídia e conhecimento na educação. São Paulo: Paco Editorial, 2016.

9. GOMES, Nadielene Pereira, et all. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. Acta Paul Enfermagem, Salvador - Ba, n.20, p. 504-508, 2007.

10. LÉVY, P. A revolução contemporânea em matéria de comunicação. Revista FAMECOS, 5 (9), 37-49, 2008.

11. LINS, Beatriz Accioly. "Ih, vazou!": pensando gênero, sexualidade, violência e internet nos debates sobre "pornografia de vingança". Cadernos de campo, São Paulo, n. 25, p. 246-266, 2016.

12. MENDON; Thiago F. Intimidade na rede: pornografia de vingança. Portal JUS.COM.BR. 04/2019. Disponível em: https://jus.com.br/artigos/73071/intimidade-na-rede-pornografia-de-vinganca. Acesso em: 04/11/2019.

13. MORENO, Luciano Sousa. A relação de causalidade do suicídio decorrente do cyberbullying. Portal JUS.COM.BR. 01/2019. Disponível em: https://jus.com.br/artigos/71777/a-relacao-de-causalidade-do-suicidio-decorrente-do-cyberbullying. Acesso em: 16/11/2019.

14. RIBEIRO, Silvana Mota. Retratos de mulher Construções sociais e representações visuais do feminino. Dissertação do Mestrado em Sociologia da Cultura e dos Estilos de Vida Instituto de Ciências Sociais Universidade do Minho, 2002.

15. ROSA, Rosiléia; et All. Violência: conceito e vivência entre acadêmicos da área da saúde. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.14, n.32, p.81-90, jan./mar. 2010.

16. SEGURADO, Rosemary; DE LIMA, Carolina Silva Mandú; AMENI, Cauê S. Regulamentação da internet: perspectiva comparada entre Brasil, Chile, Espanha, EUA e França. História, Ciências, Saúde, v.01, n 01, p. 01-21, abr./mai. 2014.

17. SOARES, Fabio, Montalvão. Violência Institucional. Devir Editor, Rio de Janeiro, 2015.

18. SIBILIA, Paula Sibilia. O Show do eu. A intimidade como espetáculo. Rio de Janeiro: Contraponto, 2016.

19. SILVEIRA, Artur, Barbosa. Os crimes cibernéticos e a Lei nº 12.737/2012 ("Lei Carolina Dieckmann"). Portal JUS.COM.BR. 01/2015. Disponível em: https://jus.com.br/artigos/35796/os-crimes-ciberneticos-e-a-lei-n-12-737-2012-lei-carolina-dieckmann. Acesso em: 17/11/2019.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

20. TOMAÉL, Maria Inês; ALCARÁ, Adriana Rosecler; CHIARA, Ivone Guerreiro. Das redes sociais à inovação. Ciencia & Inf. Brasília, v. 34, n. 2, p. 93-104, maio/ago. 2005.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

POSFÁCIO

Redigir este posfácio representou um chamado para assumir um posicionamento, bem como uma grande satisfação em discorrer sobre o tema da saúde materno-infantil. Essa satisfação vem do conhecimento que adquiri sobre os textos produzidos e reunidos neste volume, resultante da louvável iniciativa em divulgar trabalhos e pesquisas em um tema tão relevante como a saúde materno-infantil. Tema esse, bastante amplo, podendo reunir práticas e saberes baseados nas ciências da saúde, ciências humanas e sociais.

Como enfermeiro, atuando há anos na assistência de enfermagem obstétrica e neonatal, tenho vivenciado avanços na implementação de modelos de assistência que valorizam o conhecimento multiprofissional, a interdisciplinaridade e a individualização do cuidado, centrado na usuária/usuário.

Mesmo com todos os esforços, seja por parte do poder público ou pelo controle social e das universidades, ainda apresentamos índices preocupantes de mortalidade materna e satisfação por partes das usuárias para com os serviços de saúde, reforçando a necessidade urgente de fortalecer as iniciativas exitosas, bem como multiplicá-las em todo território nacional.

Inúmeros congressos, produções científicas, fóruns de debates, movimentos organizados de mulheres e associações de profissionais discutem e apresentam as possíveis soluções que podem transformar o cenário da saúde materno-infantil em nosso país. Podemos afirmar, portanto, que vêm ocorrendo um crescimento (mais lento do que eu desejaria), na implementação de politicas públicas voltadas nessa área. A enfermagem obstétrica e neonatal vem se destacando no crescimento desse campo de atuação, reforçando a necessidade do trabalho em equipe, do fortalecimento das redes de cuidados centrado na usuária e do investimento na qualificação profissional e dos serviços.

Podíamos nos questionar qual seria a reviravolta na saúde materno-infantil necessária para além dos modelos predominantes empregados? Qual o papel da

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

enfermagem e das demais profissões da saúde na busca por um modelo de assistências centrado na mulher? O que a pandemia de COVID-19 nos traz de aprendizado para a nossa saúde humana e ambiental? Essas questões podem fomentar o interesse por mais estudos com enfoque na saúde materno-infantil, proporcionando melhorias na assistência empregadas hoje e no futuro.

Às organizadoras desse e-book (as quais agradeço pelo convite para escrever este posfácio) conseguiu mobilizar vários autores, das mais variadas profissões, reunindo importantes textos neste volume, de relevância para a saúde e bem-estar de mulheres, bebês e suas famílias. Temas desde avanços no diagnóstico por imagem, violência contra à mulher e humanização no cuidado neonatal, são exemplos de trabalhos publicados nesse volume. O que confirma como é amplo o tema apresentado.

Parabenizo a todas (os) as envolvidas (os) na construção, elaboração e divulgação dessa obra.

Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca[123]

123 Mestre em Enfermagem. Enfermeiro obstetra lotado na clínica obstétrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba. Professor do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

SOBRE AS ORGANIZADORAS

QUEIROZ, Viviane Cordeiro de: Mestranda em Enfermagem pela UFPB. Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade IBRA/MG. Graduada em Enfermagem pela FACENE/FAMENE-PB (2019). Participa do Projeto de Extensão "Despertando o interesse de alunos do Curso Técnico de Enfermagem sobre Instrumentação Cirúrgica como colaboradora, promovido pelo CCS - Escola Técnica de Saúde da UFPB (2020). Membro integrante do Grupo de Pesquisa em Doenças Crônicas (GPDOC/UFPB/CNPq) (2020). Graduada em Fonoaudiologia pelo Centro Universitário de João Pessoa (2004). E-mail: vivicordeiroqueiroz35@gmail.com

ANDRADE, Smalyanna Sgren da Costa: Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (2011). Licenciada em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (2013). Professora substituta da disciplina de Saúde da Mulher da UFCG (2014). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (2014). Consultora em Amamentação pelo Instituto Mame Bem (2017). Laserterapeuta membro da Sociedade Brasileira de Laser (2018). Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (2018). Especialista em Enfermagem Obstétrica pelo Centro de Formação, Aperfeiçoamento e Pesquisa (2019). Pós-graduanda em Acupuntura pela Associação Brasileira de Acupuntura (finalização em 2021). Atual Diretora de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN seção Paraíba) (Gestão 2020-2022). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde da Família? Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, bem como da pós-graduação em Enfermagem Obstétrica e Ginecológica da Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula (FESVIP). Membro do Grupo de Pesquisa em Doenças Crônicas (GPDOC/CNPq) da Universidade Federal da Paraíba (2011- atual). Docente colaboradora do Projeto de Extensão "Sinergia: perspectivas para a gestação, parto e puerpério saudáveis" (2020). Atua na linha de pesquisa saberes, práticas e tecnologias do cuidado em saúde, práticas integrativas e complementares (auriculoterapia, acupuntura, aromaterapia) voltadas à saúde da mulher (câncer de mama e de colo

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

uterino), intersecção entre temas em obstetrícia, saúde mental e aleitamento materno. E-mail: smalyanna@facene.com.br

SOBRE OS AUTORES

ABREU, Margarida da Silva Neves de: Doutora em Ciências de Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal. E-mail: mabreu@esenf.pt. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-0136-6816.

AGUIAR, Mariana Balduino: Bacharel em Fisioterapia. E-mail: marianabalduinoaguiar@outlook.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5139-6055.

ALMEIDA, Jank Landy Simôa: Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB; Especialista em Serviços de Saúde Pública e Auditoria em Serviços de Saúde. Atualmente é Professor da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Campina Grande – PB, Brasil. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-8466-4880. E-mail: jankalmeida@gmail.com.

ALVES, Ana Carolina Dalsecco: Graduanda em Medicina pela Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), Vespasiano, MG, Brasil. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3424-9608. Lattes: http://lattes.cnpq.br/214426172851447. E-mail: anacarolinad.alves@gmail.com.

ANDRADE, Waléria Bastos de: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: waleriabastos@hotmail.com. Orcid: http://orcid.org/0000-0002-5208-108X.

AZEVEDO, Ana Lúcia Gonçalves da Silva: FAESO - Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos. E-mail: annalucia_silva@live.com

AZEVEDO, Ana Luiza Fonseca: Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. ORCID: https://orcid.org/my-orcid?justRegistered. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8091083637214628. E-mail: analuizafonsecazevedo@gmail.com.

AZEVEDO, Ingridy Maria Diniz Melo: Graduanda em Medicina pela Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), Vespasiano, MG, Brasil. E-mail: ingridymdiniz@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/3821264069953349. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-1079-2032.

BATISTA, Simone Tomaz: Bacharelado em enfermagem pelo Centro universitário Estácio de Juiz de Fora. E-mail: simonetomaz438@gmail.com

BERTANHA, Rafaela Caroline Silva: FAESO - Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos. E-mail: rafa_carool@outlook.com

BEZERRA, Iolanda Carlli da Silva: Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: iolandacarlli@gmail.com. Orcid: (https://orcid.org/0000-0002-7948-8074).

BOLLER, Astrid: Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. E-mail: astridboller@gmail.com ORCID: http://orcid.org/0000-0002-8855-7238

BORGES, Isadora Villamarim Guerra: Lattes: http://lattes.cnpq.br/6976416229199122. E-mail: isadoravgb@gmail.com

BUCK, Eliane Cristina da Silva: Enfermeira, Mestre. Docente do curso de Graduação em Enfermagem e Medicina da Faculdade Nova Esperança, FACENE, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: cristhina_07@hotmail.com, Orcid: https://orcid.org/0000-0002-9230-8760.

CANTANTE, Ana Paula da Silva e Rocha: Professora Adjunto na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal. E-mail: apcantante@esenf.pt. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-3839-344X.

CARACAS, Myllena Maria Tomaz: Secretária estadual de saúde do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. E-mail myllenatcaracas@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-0997-3904.

CÉSAR, Edna Samara Ribeiro: Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança e Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula. Enfermeira do Ambulatório de HIV/AIDS do Complexo Hospitalar Clementino Fraga, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: samaraenfermagem@outlook.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-1150-5157.

COSTA, Maiara Luci Silva: Bacharelado em enfermagem pelo Centro universitário Estácio de Juiz de Fora. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7979009295172577. E-mail: maiaraluci21@gmail.com

COSTA, Sílvia Souza Lima: Graduada em Enfermagem - Faculdade Morgana Potrich. Pós-graduada em Enfermagem em Centro Cirúrgico e Central de Materiais, Pós-graduando em Práticas da Enfermagem. Cirúrgica pela Faculdade Metropolitana. E-mail: silviacostalima@gmail.com

DELMIRO Andrezza Rayana da Costa Alves: Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil. E-mail:andrezza.delmiro@academico.ufpb.br. Orcid: (https://orcid.org/0000-0003-4818-4286)

DUTRA, Juliana Pinheiro: Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. E-mail: drajulianadutra@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-6194-6359. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0648841311342687

FAUSTINO, Rosimara Soares: Bacharelado em enfermagem pelo Centro universitário Estácio de Juiz de Fora. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8552030101320770. E-mail: faustino.rosimara@gmail.com

FERNANDES, Danielle Victor: Graduanda em Enfermagem na Faculdade Nova Esperança, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: daniellevictor.enf@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-4475-9225.

FERNANDES, Gabriel Debortoli: Graduanda em Medicina pela Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), Vespasiano, MG, Brasil. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-7184-1497. E-mail: gabrieldfmed@gamil.com.

FERNANDES, Yasmin Peterman: Discente Do Curso De Fisioterapia Da Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9513160787931316

FERRO, Thiago Azevedo Feitosa: Enfermeiro, Professor do curso de Enfermagem da Universidade Ceuma (UniCEUMA), São Luís, Maranhão, Brasil. Supervisor da Residência do HUUFMA do hospital materno infantil. Doutor em Biotecnologia pela Rede Bionorte Universidade Federal do Maranhão (UFMA). E-mail: thafeitosaf@hotmail.com

FILHO, Rivaldo Lira: HU-UFMA, São Luís, MA, Brasil, E-mail: Rivaldolirafilho@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3673-210X. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5669532677860639

FONSECA, Carolina Gonzaga: Acadêmica do 9º período de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte – MG – Brasil; http://lattes.cnpq.br/8907290032911263. E-mail: carolgonzagaf@gmail.com

FONSECA, Emanuel Nildivan Rodrigues da: Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB; Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal de Alagoas - UFAL. Atualmente é Professor da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Enfermeiro da Universidade Federal da Paraíba lotado na Clínica Obstétrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley. João Pessoa-PB, Brasil. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-6372-2332. E-mail: emanuelnrf1975@gmail.com.

FONSECA, Jéssica R. C. S. da: Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. E-mail: jessicarcsfonseca@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-6453-3741. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6873527008459215Faculdade

FORTUNATO, Renata Cláudia da Silveira: Enfermeira, especialista em Obstetrícia e Neonatologia, Parnamirim, RN, Brasil. E-mail: renatta-claudia@hotmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-6646-9491.

FREITAS, Lucimar de Carvalho: FAESO - Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos. E-mail: Lucimardecarvalhof@gmail.com

GALDINO, Lívia Ferreira Cirilo: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: liviacirilo@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6689-2986.

GALVÃO, Kayo Elmano Costa da Ponte: HU-UFMA, São Luís, MA, Brasil, E-mail: Kayoelmano17@hotmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-4409-7222. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4972570793699348

GOMES, Daniela Veloso: Médico ginecologista e obstetra pelo Hospital Mater Dei e Professor de ginecologia da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), Vespasiano, MG, Brasil. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-2630-5932. E-mail: velosogdaniela@gmail.com

GONÇALVES, Victoria Dornas Parreiras Coutinho: Lattes: http://lattes.cnpq.br/4837184277382862. E-mail: Victoria.coutinho@hotmail.com

HIBNER, Maria Eugênia Rezeck Braga: Acadêmica do 9º período de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte – MG – Brasil; http://lattes.cnpq.br/8646392461698684. E-mail: mariae.hibner@gmail.com

HOLANDA, Alexsandra de Luna Freire: Maternidade Frei Damião, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: alexsandraluna1989@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5357-4468. Maternidade Frei Damião, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: alexsandraluna1989@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-5357-4468.

IGNÁCIO, Fernanda Loureiro: Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. E-mail: fernandaloureiro2@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-9538-653X. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0648841311342687

JANUÁRIO, Dilyane Cabral: Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: cabral.enfermagem@hotmail.com. Orcid: (http://orcid.org/0000-0002-2319-3015).

LAURENTINO, Jéssica Aparecida: Discente Do Curso De Fisioterapia Da Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0129158013663560

LEONE, Denise Rocha Raimundo: Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Centro Universitário Estácio Juiz de Fora. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6578591830719845. E-mail: denise.leone@estacio.br

LIMA, Fagner Arruda de: I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco (GERES/PE), Recife-PE, Brasil. E-mail: fagnerlim@hotmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-0847-8063

LIMA, Maria Luísa Ciríaco: Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. E-mail: marialuisaciriaco@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-8571-1298 LATTES: http://lattes.cnpq.br/9375413955253461

LINS, Maria de Lourdes Vieira: FACENE, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: maluvlins@gmail.com Orcid: https://orcid.org/0000-0002-7844-3923.

LOURENÇO, Karoline de Medeiros: Enfermeira, pela UNNINASSAU, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: karolinemlourenco@gmail.com, Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5650-5062.

LUCENA, Adriana Lira Rufino de: Enfermeira, mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: adriana.lira.rufino@hotmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-3236-4605.

LUZ, Luis Henrique Santana: Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. E-mail: luis_santana@hotmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-5190-1413

MACHADO, Júlia Ballesteros: Acadêmica do 5º período de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte – MG – Brasil; http://lattes.cnpq.br/5714977396248242. E-mail: juliabm08@hotmail.com

MACHADO, Luiza Ballesteros: Acadêmica do 9º período de Medicina da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais – Belo Horizonte – MG – Brasil; http://lattes.cnpq.br/0669788508613690. E-mail: luizaballesterosm@gmail.com

MAGOSSO, Thais Aparecida Bozza: FAESO - Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos. E-mail: thaisbozzamagosso@gmail.com

MATOS, Suellen Duarte de Oliveira: Enfermeira, doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: suellen-321@hotmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5881-3827.

MATTOS, Manuela Pittella de: Graduanda em Medicina pela Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), Vespasiano, MG, Brasil. E-mail: manupmattos@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9640905532151563. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-0080-7392.

MELO, Flavia Marques de Sousa: Secretaria Municipal de Saúde do Recife (SMS/Recife), Recife-PE, Brasil. E-mail: flavinha.msmelo@gmail.com. Orcid:https://orcid.org/0000-0001-9095-6206

MUNGUBA, Clarice Emília Silva: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife-PE, Brasil. E-mail: emilia.munguba@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-3402-0769

NEGREIROS, Rosangela Vidal de: Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Atualmente é Professora da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Campina Grande-PB, Brasil. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-7242-6447. E-mail: negreiros.vidal@hotmail.com.

NEVES, Khatty Johanny Humbelina Avellán: Mestre em Saúde da Mulher e Professora de ginecologia da Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), Vespasiano, MG, Brasil. E-mail: kattyjohanny@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0455098963714443

OLIVEIRA, Adda Beatriz Lopes de: Enfermeira, pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, FACENE, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: addabeatrizloliveira@outlook.com, Orcid: https://orcid.org/0000-0002-7975-8775.

PASSOS, Xisto Sena: Bacharel em Fisioterapia. E-mail: marianabalduinoaguiar@outlook.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5139-6055.

PEDROSA, Vittoria Maria Silva: Graduanda em Medicina pela Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), Vespasiano, MG, Brasil. Orcid: https://orcid.org/ 0000-0003-4011-4347. E-mail: vittoriapedrosa@gmail.com.

PEDROSO, Thalita Rodrigues: Discente Do Curso De Fisioterapia Da Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7088078182594959

PELUCIO, Ana Laura Pimenta: Graduanda em Medicina pela Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), Vespasiano, MG, Brasil. Orcid:

https://orcid.org/0000-0002-9466-4224. E-mail: analaurapimentapelucio01@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1086359078241608.

PEREIRA, Amanda Taynã Bento: Discente Do Curso De Fisioterapia Da Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4510627496751768

PORTUGAL, Sintia Dias: Graduanda em enfermagem. Lattes: http://lattes.cnpq.br/3543417350451313. E-mail: sintiaportugal@hotmail.com

RACILAN, Alexon Melgaco: Graduanda em Medicina pela Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), Vespasiano, MG, Brasil. E-mail: alexonracilan@gmail.com

REZENDE, Giovanna Aparecida Marques: Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. E-mail: girezende9@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5810-844X. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9642862623489791

RIESCO, Thais Bandeira: Docente na Universidade Paulista. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1440613021508984. E-mail: thaisriesco@gmail.com

ROCHA, Karyanna Alves de Alencar: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife-PE, Brasil. E-mail: kary.aar@hotmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-8365-3477

ROCHA, Maria Rita Martins da: Docente Do Curso De Fisioterapia Da Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-2729-5964. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4949284451055002. E-mail: mariarita.martiins@gmail.com

ROCHA, Sofia Helena Marques: Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. E-mail: sofiahmrocha@hotmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-7177-8296

RODRIGUES, Bruna Beatriz Cavalcanti: Discente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, FACENE, João Pessoa, PB, Brasil. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-8457-5498. E-mail: brunnabeatriz015@gmail.com.

RODRIGUES, Erta Soraya Ribeiro César: Faculdades Integradas de Patos, Patos, PB, Brasil. E-mail: ertasoraya@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-1150-5157.

SAFRA, Gilberto: Doutor em Psicologia pela Universidade de São Paulo - USP. Atualmente é Professor do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da

Universidade de São Paulo – USP. São Paulo – SP, Brasil. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5572-5071 .E-mail: iamsafra@yahoo.com.

SANT'ANA, Celise Martins: Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. E-mail: celisenut@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-4429-4050. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7879757356020565

SANTANA, Roseane Lustosa de: HU-UFMA, São Luís, MA, Brasil, E-mail: Roseanelustosas@gmail.com. Orcid https://orcid.org/0000-0001-6689-9686. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8881337930386304

SANTOS, Ana Caroline Moreira: Lattes: http://lattes.cnpq.br/4837184277382862. E-mail: cacamoreiira01@gmail.com

SANTOS, Jozicleide Barbosa dos: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: jozicleidebsantos@gmail.com. Orcid: (https://orcid.org/0000-0002-6717-7949).

SANTOS, Rebeca Medeiros dos: Enfermeira, pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, FACENE, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: rebecamedeiros01@gmail.com, Orcid: https://orcid.org/0000-0003-0338-7768.

SANTOS, Yasmim Gonçalves Teles: FACENE, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: ytelessantos@hotmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3952-0911.

SILVA, Amanda Benício da: Enfermeira, Mestre. Docente do curso de Graduação em Enfermagem e Medicina da Faculdade Nova Esperança, FACENE, João Pessoa, PB, Brasil. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-4657-7804. E-mail: amandabeniciojp@gmail.com

SILVA, Anna Paula dos Santos: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: annapaulajppb33@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5017-1479

SILVA, Gláucio Magno Nascimento: Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: Gmagno-2009@hotmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-2959-0775.

SILVA, Gustavo Henrique Santos da: Enfermeiro, Graduado em Enfermagem pela Universidade Ceuma (UniCEUMA), São Luís, Maranhão. Pós-graduado em Urgência e Emergência pela Universidade Anhanguera-UNIDERP. E-mail: ghsanto03@gmail.com

SILVA, Ísis de Siqueira: Graduanda em enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande-UFCG, Campina Grande-PB, Brasil. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-2403-2504. E-mail: isis1998.siqueira.silva@gmail.com.

SILVA, Maria Helena Rodrigues Costa: Faculdade Uninassau, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: leninha_rodrigues14@hotmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3314-3326).

SILVA, Thaís Ponciano Barbosa da: Enfermeira, pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, FACENE, João Pessoa, PB, Brasil, Orcid: https://orcid.org/0000-0002-7105-9443. E-mail: thaisjpbarbosa@live.com

SILVEIRA, Ana Paula de Oliveira: Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. E-mail: silveiraanap97@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-4701-7518

SOARES, Fabio Montalvão: Universidade Federal de Jataí - UFJ, Jataí GO, Brasil. E-mail: professor.fabiomontalvao@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1235-8996

SOUSA, Laura Bragança Rabelo: de Graduanda em Medicina pela Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), Vespasiano, MG, Brasil. E-mail: laubrabelo@gmail.com. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9795167523557696. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-4789-8703.

SOUSA, Letícia Aquino: Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG. E-mail: let.aquinos@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-7441-5044

SOUSA, Marcos Henrique Oliveira: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo-SP, Brasil. E-mail: marcos-fono@hotmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-7388-7795

SOUSA, Marina Teixeira de: Graduanda em Medicina pela Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), Vespasiano, MG, Brasil. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5241-6580. E-mail: marinateixeira371@gmail.com

SOUZA, Ilana Vanina Bezerra de: Enfermeira, Mestre. Docente do curso de Graduação em Enfermagem e Medicina da Faculdade Nova Esperança, FACENE, João Pessoa, PB, Brasil. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-7833-6415. E-mail: ilanavbs@gmail.com.

SOUZA, Wellyta Ribeiro de: Universidade Federal de Jataí - UFJ, Jataí GO, Brasil. E-mail: wellyta.ribeiro@gmail.com. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1235-8996

TONON, Érika: FAESO - Faculdade Estácio de Sá de Ourinhos. E-mail: tonon.erika@gmail.com

TORRES, Valdicléia da Silva Ferreira: Enfermeira, Mestre. Docente do curso de Graduação em Enfermagem e Medicina da Faculdade Nova Esperança, FACENE, João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: valdicleiaenf@gmail.com, Orcid: https://orcid.org/0000-0002-3974-7123.

VIEIRA, Barbara Letícia Andrade: Graduanda em Medicina pela Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH), Vespasiano, MG, Brasil. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-9750-6312. E-mail: bavieir07@gmail.com

XAVIER, Pedro Bezerra: Mestrando em Saúde Coletiva - UFRN; Enfermeiro pela Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande-PB, Brasil. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-4212-1551. E-mail: pedrobx37@gmail.com.

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

ÍNDICE REMISSIVO

A

Ansiedade, 180
Assistência de enfermagem, 73
Assoalho Pélvico, 37

C

Centro Cirúrgico, 260
Cinesioterapia, 190
Cirurgia Fetal, 125
Conhecimento, 134
Coronavírus, 235
COVID-19, 119, 180
Cuidado pré-natal, 149
Cuidados de enfermagem, 94, 160
Cuidados pré-natal, 225
Cyberbullying, 344

D

Defeitos do Tubo Neural, 125
Depressão pós-parto, 180
Diabetes, 134
Diabetes Mellitus, 190
Diagnóstico por imagem, 25
Doenças imunopreveníveis, 314

E

Eclâmpsia, 249
Endometriose, 25
Endometriose profunda, 25
Enfermagem, 149, 235, 260, 284, 326
Enfermagem Neonatal, 160
Enfermagem obstétrica, 54
Estágio Clínico, 235
Estratégia saúde da família, 73

F

Fatores de Risco, 210
Feto, 225
Fisioterapia, 37

G

Gestação, 37, 134, 210
Gestante, 149, 180
Gravidez, 119, 225

H

Hipertensão, 249
Humanização, 149

I

Incontinência Urinária, 37, 190

M

Maternidade, 235
Mielomeningocele Fetal, 125
Mioma, 225
Mortalidade materna, 210, 249, 297
Mulheres, 94

P

Pandemia, 119, 235
Paralisia cerebral, 271
Participação do pai, 284
Parto, 54, 119
Parto humanizado, 54
Pediatria, 314
Pele, 160
Perfil epidemiológico, 297
Pornografia de vingança, 344
Pré-eclâmpsia, 249
Pré-natal, 73, 284

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-01-0 DOI: 10.47538/AC-2021.05

Puerpério, 180

Q

Qualidade de Vida, 37, 190

R

Reabilitação, 271
Realidade virtual, 271
Recém-nascido, 149
Recém-nascido Prematuro, 160, 326
Ressonância Magnética, 25

S

Saúde da mulher, 297
Saúde Pública, 284
Segurança do Paciente, 260
Sexting, 344
Sistemas de informação em saúde, 297

T

Trabalho de parto, 54

U

Ultrassonografia, 25
Unidade de Terapia Intensiva, 160
Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, 326
Útero, 225

V

Vacinação, 314
Violência, 94
Violência doméstica, 94

E-BOOK

PERSPECTIVAS CIENTÍFICAS EM SAÚDE DA MULHER E NO CONTEXTO MATERNO-INFANTIL

1ª EDIÇÃO. VOLUME 01.

ORGANIZADORAS
Viviane Cordeiro de Queiroz
Smalyanna Sgren da Costa Andrade

DOI: 10.47538/AC-2021.05

ISBN: 978-65-89928-01-0

(84) 99707 2900
@editoraamplamentecursos
amplamentecursos
publicacoes@editoraamplamente.com.br

AmplaMente Cursos
EDITORA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA

Ano 2021