

EXPERIÊNCIAS EXITOSAS QUE TRANSFORMAM A SAÚDE DA MULHER

Symara A. Albuquerque de Oliveira Cabral

Guilherme Gadelha Pereira de Carvalho

Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa

Maria Carmem Batista de Alencar



**EXPERIÊNCIAS
EXITOSAS
QUE TRANSFORMAM
A SAÚDE DA MULHER**

Colaboraram nesta edição:

Capa: Larissa Rodrigues de Sousa & Filipe Pereira da Silva Dias

Comissão editorial: Sayonara Abrantes de Oliveira Uchôa e Henrique Miguel de Lima Silva

Editoração: IDEIA – Inst. de Desen. Educ. Inter. e Aprendizagem

CABRAL, Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira; CARVALHO, Guilherme Gadelha Pereira de; ALVES, FEITOSA, Ankilma do Nascimento Andrade; ALENCAR, Maria Carmem Batista de. **Experiências exitosas com potencial de melhoria na saúde da mulher.** Cajazeiras – PB: IDEIA – Inst. De Desen. Educ. Interd. e Aprendizagem, 2020.

ISBN: 978-65-88798-08-9

1. Difusão de Inovações 2. Assistência Integral à Saúde 3. Saúde da Mulher I. Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira Cabral II. Guilherme Gadelha Pereira de Carvalho III. Ankilma do Nascimento Andrade IV. Rozane Pereira de Souza.

CDD. 610.570



Reservados todos os direitos de publicação à
IDEIA – Inst. de Desen. Educ. Interd. e Aprendizagem
Rua Tenente Arsênio, 420 – Centro
Cajazeiras – PB CEP 58.900-000
www.editoraideiacz.com.br

Os trabalhos apresentados foram premiados no VIII Congresso Paraibano em Saúde da Mulher.

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora ou citação adequada da fonte.

O conteúdo e dados apresentados na obra são de inteira responsabilidade dos seus autores e orientadores.

APRESENTAÇÃO

A vida evolui constantemente em uma velocidade que chega a impressionar, sobretudo no que envolve a área das ciências da saúde. Diariamente diversos novos estudos são publicados e fundamentam práticas baseadas em evidências, qualificando o processo assistencial.

No âmbito da saúde da mulher tal evolução perpassa por todas as fases do ciclo vital, especialmente no que concerne ao cuidado voltado à gestante e puérpera. O gestar e nascer vem, ao longo dos últimos anos, sendo mais humanizado, e as mulheres cada vez mais empoderadas e autônomas, resguardando os direitos e desejos que envolvem o próprio corpo.

O empoderamento feminino é crucial para o fortalecimento do autocuidado, fundamentando situações e condições de vida mais saudáveis, como o parto natural sem intervenções, bem como a prática do aleitamento materno, ambos com grande potencial protetivo para a saúde da mulher.

A presente obra apresenta experiências exitosas no âmbito da saúde da mulher, sobretudo no que concerne ao seu empoderamento, utilizando da educação em saúde como ferramenta de grande potencial. Os estudos elencados envolvem temáticas sobre a gravidez e amamentação bem como condições de saúde que desafiam a atuação profissional. Convidamos profissionais, estudantes e pesquisadores da área para desfrutarem de reflexões de profissionais de todo país, para que possam ser inspirados e, juntos, possamos transformar a saúde das mulheres.

Organizadores.

SUMÁRIO

A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO NA ADOLESCÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	7
<i>Viviane de Souza Bezerra</i>	
<i>Izabele Grazielle da Silva Pojo</i>	
<i>Sarah Bianca Trindade</i>	
<i>Nely Dayse Santos da Mata</i>	
<i>Luzilena de Sousa Prudêncio</i>	
DIALOGANDO SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO: PRÁTICA EDUCATIVA ATRAVÉS DO CÍRCULO DE CULTURA	177
<i>Daniele Pereira Soares</i>	
<i>Laysa da Silva Fidelis</i>	
<i>Patrícia Elídia Medeiros da Silva</i>	
<i>Rita de Cássia Sofia Barreto Bezerra</i>	
<i>Dayanne Marcelle Guedes Ferreira</i>	
<i>Regina Couto da Costa</i>	
A REPRESENTATIVIDADE DA ARTE GESTACIONAL EM GRUPO DE GESTANTE NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA	266
<i>Maria Eliane Barbosa de Araújo</i>	
<i>Emanuelly Mayara de Lima Jeronimo</i>	
<i>Lucyla Liberato Silva</i>	
<i>Natália Alves Gomes Moraes</i>	
<i>Nayale Lucinda Andrade Albuquerque</i>	
AROMATERAPIA E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA O PROCESSO DE PARTURIÇÃO	333
<i>Greyce Trindade do Bomfim Pereira</i>	
<i>Carine Silvestrini Sena</i>	
ASSISTÊNCIA A PARTOS DOMICILIARES POR ENFERMEIRAS OBSTETRAS ...	455
<i>Anne Gabrielle Rocha Moro</i>	
<i>Thayná Galvão de Carvalho</i>	
<i>Adriana Simão Magalhães</i>	
EFEITOS DA HIDROTERAPIA SOBRE AS ALTERAÇÕES DO ORGANISMO MATERNO DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL: REVISÃO INTEGRATIVA..	599
<i>Adna Mayara de Oliveira Santos</i>	
<i>Edna Karla Ferreira Laurentino</i>	
<i>Larissa do Nascimento Silva</i>	

ELABORAÇÃO DE *FOLDER* EDUCATIVO SOBRE DESEJO SEXUAL HIPOATIVO:
RELATO DE EXPERIÊNCIA.....699

Alana Karoline Dantas Araújo
Raiana Carol de Medeiros Dantas
Sheylla Palmira Pereira Vanderley
Isabelle Canuto Rabelo Barbosa
Ana Cecília Fernandes Santos
Maria Dilma Felizardo Ferreira

IMPLANTAÇÃO DE SALA DE ESTABILIZAÇÃO NO SETOR OBSTÉTRICO EM UM
HOSPITAL DE RISCO HABITUAL DO RIO GRANDE DO NORTE 81

Mario Hélio Antunes Pamplona
Wesley Queiroz Peixoto
Larissa do Nascimento Silva
José Isaul Pereira
Polyana Lorena Santos da Silva
Lia Maristela da Silva Jacob

INSERÇÃO DO PROJETO ÁPICE ON EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO:
AVANÇOS NO CAMPO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA..... 900

Ana Lúcia de Medeiros Cabral
Rômulo Wanderley de Lima Cabral
Juçara Elke Lourenço da Silva
Amanda Thaise de Souza Barbosa

PARTOGRAMA COMO INDICADOR DE SAÚDE EM UM HOSPITAL E
MATERNIDADE LOCALIZADO AO NORTE DO ESPÍRITO SANTO 1033

Greice Kelly Palmeira Campos
Maressa Melo Oliveira
Mariana Quinquim Nascimento

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO: O GRUPO DE
GESTANTE COMO ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE..... 1111

Alana Aragão Ávila

USO DA MUSICOTERAPIA PARA ALÍVIO DAS DORES DO PARTO: UMA REVISÃO
DE LITERATURA 1244

Micaelle Chagas Morais
Cláudia Denise Mendanha Mangueira

ADMINISTRAÇÃO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA INTRAVAGINAL NO
TRATAMENTO DA SINTOMATOLOGIA DA SÍNDROME GENITOURINÁRIA DA
MENOPAUSA..... 1344

Larissa Helena Dias de Faria
Márcia Cristina Terra de Siqueira Peres

IMPORTÂNCIA DA DIETOTERAPIA NO TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE¹⁴⁸⁸

Beatriz Marques Barbosa Louro

Bruna Borges Santos

Maressa de Moura Abraham Oliveira

A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO NA ADOLESCÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Viviane de Souza Bezerra

UNIFAP- Universidade Federal do Amapá, Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde, vivibezerra1996@gmail.com , <http://lattes.cnpq.br/5632644626729877> e <https://orcid.org/0000-0002-8112-6005>

Izabele Grazielle da Silva Pojo

UNIFAP- Universidade Federal do Amapá, Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde, izabele.pojo@gmail.com

Sarah Bianca Trindade

UNIFAP- Universidade Federal do Amapá, Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde, sarahbiancatrindade@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/4405468880183784>

Nely Dayse Santos da Mata

UNIFAP- Universidade Federal do Amapá, Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde, nelydsmata@gmail.com, CV: <http://lattes.cnpq.br/0529429570261510>, <https://orcid.org/0000-0002-0245-8141>

Luzilena de Sousa Prudêncio

UNIFAP- Universidade Federal do Amapá, Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde, luzilenarohde21@gmail.com, CV: <http://lattes.cnpq.br/9530554407871026>, <https://orcid.org/0000-0003-3364-071X>

Objetivos: descrever a vivência de acadêmicos de enfermagem sobre os mitos que envolvem a prática da amamentação por adolescentes grávidas. **Método:** trata-se de um relato de experiência, a partir da vivência de acadêmicos de enfermagem em um Projeto de Extensão Apoio à Grávidas Adolescentes – GEAGA, por meio do qual são realizadas oficinas quinzenais e práticas de educação em saúde, utilizando a técnica “roda de conversa”, quando são abordados temas pertinentes à saúde no período gestacional. **Resultados:** a promoção do Aleitamento materno exclusivo é uma prática frequente no grupo, por ser uma temática que é permeada de dúvidas e mitos, fatores que podem interferir na duração e prolongamento da amamentação, principalmente por serem primigestas adolescentes. Dentre os mitos mais relatados pelas adolescentes destacam-se a qualidade/quantidade de leite produzido, bem como questões relacionadas à estética da mãe, que são traduzidos nas expressões: “leite fraco”, “pouco leite”, “leite secou”, “peito ficar caído”. **Conclusão:** ainda existem muitos desafios a serem vencidos no que se refere a assistência integral à saúde materna de adolescentes gestantes. Portanto, é importante que os profissionais de saúde tenham uma visão holística desses adolescentes, rumo a desmistificações referentes ao aleitamento exclusivo.

Palavras-chave: aleitamento materno, adolescência, gravidez na adolescência.

Objectives: to describe the experience of nursing students about the myths surrounding the practice of breastfeeding by pregnant adolescents. **Method:** This is an experience report, based on the experience of nursing students in an Extension Project Supporting Pregnant Teenagers - GEAGA, through which biweekly workshops and health education practices are carried out, using the technique “ conversation circle ”, when topics pertinent to health during the gestational period are addressed. **Results:** The promotion of exclusive breastfeeding is a frequent practice in the group, as it is a theme that is permeated with doubts and myths, factors that can interfere with the duration and prolongation of breastfeeding, mainly because they are primigravants adolescents. Among the myths most reported by adolescents, the quality / quantity of milk produced stands out, as well as issues related to the mother's aesthetics, which are translated into the expressions: "weak milk", "little milk", "dried milk", "breast to stay down ". **Conclusion:** There are still many challenges to be overcome with regard to comprehensive maternal health care for pregnant adolescents. Therefore, it is important that health professionals have a holistic view of these adolescents, towards demystification regarding exclusive breastfeeding.

Keywords: breastfeeding, adolescence, teenage pregnancy.

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de transição vivenciado entre a infância e idade adulta, caracterizado pelo desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social. Essa fase é delimitada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a faixa etária de 10 a 19 anos (OMS, 1995). Nos últimos anos, os adolescentes estão vivenciando precocemente a atividade sexual, sendo fator determinante para possível gravidez indesejada (FERREIRA; PLAZZA; SOUSA, 2019).

A ocorrência da gravidez na fase inicial da adolescência pode ocasionar futuras consequências emocionais, sociais e econômicas para a saúde da mãe, do pai e do recém-nascido. Esta é uma realidade muito próxima, tendo em vista que cerca de três em cada dez meninos e meninas iniciam atividade sexual na faixa etária de 13 a 15 anos, o que pode implicar desde o risco de contrair uma infecção sexualmente transmissível até uma gravidez precoce (IBGE, 2016). No mundo, por ano, aproximadamente 6 milhões de adolescentes entre 15 e 19 anos vivenciam a gravidez todos os anos, sendo 2 milhões destas menores de 15 anos (OPAS, 2017).

No Brasil, em 2018, 21.154 bebês nasceram de mães com menos de 15 anos de idade (IBGE, 2016), sendo que em relação às regiões brasileiras, em 2017, a taxa de fecundidade entre adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos na Região Norte (88,6/1000) foi quase o dobro da observada nas regiões Sul e Sudeste (45,1/1000). Entre os estados, no período entre 2010 e 2017, a taxa de fecundidade dessas adolescentes caiu em todas as Unidades da Federação, sendo que a maior variação (-25%) foi no Amapá (111,4 para 83,6/1000) e a menor (-5%) em Roraima (104,4 para 99,1/1000). No entanto, as variações entre os estados ainda são grandes: a taxa do Acre (104/1000) é quase três vezes maior do que a do Distrito Federal (38/1000) (BRASIL, 2017).

Esses dados merecem atenção, visto que a gestação nessa faixa etária pode ser enfrentada com dificuldades, por envolver comprometimentos que a maioria dos adolescentes não estão preparados para assumir. Adicionalmente, é uma fase da vida permeada de mudanças, sejam elas físicas ou psicológicas. Ademais, a gravidez na adolescência é vivenciada como um grave problema de saúde pública e pode estar relacionada à dificuldade na adesão ao aleitamento materno (OPAS, 2017; MARANHÃO *et al.*, 2015).

Está bem estabelecido que a amamentação é o melhor meio de nutrição ao longo dos primeiros meses de vida, demonstrando superioridade sobre os leites de outras espécies. Dessa forma, é recomendado a amamentação exclusiva até os seis meses de vida do bebê, sendo possível a complementação nutricional após esse período (BRASIL, 2015; OMS, 2007).

A amamentação tem demonstrado inúmeras vantagens para o binômio mãe e filho, pois o leite materno além de promover o crescimento e desenvolvimento saudáveis, protege contra doenças infecciosas gastrointestinais, cardiovasculares, respiratórias e alérgicas. Entre as vantagens para a mãe, o aleitamento reduz a incidência de câncer de mama, evita uma nova gestação, está relacionado a perda de peso pós-parto e promove um aumento no vínculo mãe e filho (BRASIL, 2015).

Apesar das diversas vantagens da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida, os fatores que dificultam a adesão ao aleitamento e promovem o desmame precoce ainda são presentes, principalmente entre mães adolescentes. No estudo de Arruda *et al.* (2018), apenas 12,96% das adolescentes da população pesquisada amamentaram exclusivamente durante 6 meses, verificando-se que o tempo de aleitamento materno exclusivo (AME) foi muito aquém do preconizado. A associação entre a idade materna e o desmame precoce pode ter relação com diversos fatores, como escolaridade, renda familiar, ausência de apoio da família e a instabilidade conjugal (ARRUDA *et al.*, 2018; COSTA *et al.*, 2017).

A adesão à prática do aleitamento materno exclusivo é uma das principais dificuldades enfrentadas pelos adolescentes, que pode ocorrer em função da ausência de conhecimento e experiência, ou que favorece à crença em mitos acerca da amamentação, que, posteriormente, podem fazer com que a jovem inicie de forma precoce a complementação alimentar do seu filho (MARANHÃO *et al.*, 2015), evidenciando a importância de orientação, seja pela família e profissionais da saúde.

Assim, entendemos que a formação do profissional enfermeiro deve proporcionar o acúmulo de conhecimentos sobre o ser humano em seu ciclo de vida e, o aleitamento materno é um tema relevante para formação deste profissional de saúde. Portanto, buscando ampliar conhecimentos na área de saúde do adolescente, nos inserimos no Grupo de Extensão Apoio à Grávidas Adolescentes – GEAGA.

Destarte, as atividades desenvolvidas no GEAGA, envolvendo docentes, discentes de graduação, adolescentes e suas famílias, suscitou a possibilidade de

desenvolver um estudo com o objetivo de descrever a vivência de acadêmicos de enfermagem sobre os mitos que envolvem a prática da amamentação por adolescentes grávidas.

2 METODOLOGIA

2.1 PROCESSOS METODOLÓGICOS NAS ATIVIDADES DE EXTENSÃO

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, pontuado como relato de experiência, a partir da vivência de acadêmicos de enfermagem em um Grupo de Extensão de Apoio à Grávidas Adolescentes – GEAGA.

2.2 SOBRE O PROJETO

O grupo de extensão emergiu diante das observações das práticas no âmbito materno infantil de acadêmicos da Universidade Federal do Amapá - UNIFAP no período de abril de 2016, ao atenderem adolescentes primigestas que habitam no bairro da Universidade e áreas de invasões oriundas de regiões ribeirinhas (margem de rios). O grupo desenvolve oficinas quinzenais que ocorre aos sábados pela manhã, visitas domiciliares às famílias das mesmas e tem como objetivo, promover educação em saúde para gestantes primigestas.

A promoção de educação em saúde é realizada por meio de roda de conversas, escuta qualificada baseada na teoria da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS). Os temas abordados envolvem o período gravídico e pós gravídico, exercícios físicos para fortalecimento da musculatura do períneo e exercícios respiratórios para favorecer o parto eutócito.

O projeto é composto por equipe multiprofissional, como: enfermeiras obstetras, médicos, educador físico, residentes de saúde coletiva da área de concentração saúde da criança e adolescentes e acadêmicos de enfermagem e nutrição.

2.3 LOCAL E POPULAÇÃO

As atividades são desenvolvidas no laboratório de materno infantil, no bloco do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Amapá- UNIFAP, Macapá, Campus Marco Zero. As adolescentes envolvidas neste grupo de extensão são grávidas, moradoras nas proximidades da universidade e, por sua vez, realizam o pré-natal na Policlínica/UNIFAP.

2.4 ETAPAS DE DESENVOLVIMENTO DO GRUPO

No primeiro momento, a estratégia de busca das participantes se dá pelos acadêmicos e enfermeiras do grupo, na Policlínica da Universidade, durante a realização da palestra sobre o pré-natal que a Unidade de Saúde disponibiliza como rotina e onde se faz a marcação das consultas subsequentes para o pré-natal. Nesse momento, identificamos as primigestas e as convidamos para participar do grupo, junto com seus familiares. Quando há interesse de participação é anotado o endereço e seu telefone, para que na véspera da oficina, haja um contato e confirmação da sua presença.

No segundo momento, durante a realização das oficinas, as grávidas são acolhidas com um café da manhã, faz-se a escuta qualificada, procede-se com a verificação dos seus sinais vitais, peso, altura, análise das informações da caderneta do pré-natal.

O terceiro momento se dá com a continuidade das atividades em roda de conversa, estimulando com uma pergunta: comentem sobre suas inquietações durante a gravidez, e foi nesse momento do diálogo que se iniciou várias interpretações e dúvidas sobre aleitamento materno. Várias delas, trouxeram as vivências de seus familiares, principalmente das avós, que identificou-se como mitos e dentre os mais relatados pelas adolescentes destacam-se a qualidade/quantidade de leite produzido, bem como questões relacionadas à estética da mãe, que são traduzidos nas expressões: "leite fraco", "pouco leite", "leite seco", "peito caído". A discussão foi simultânea para esclarecer os benefícios do aleitamento materno exclusivo, porém respeitando o conhecimento empírico das grávidas e tendo o cuidado para estabelecer a reflexão sobre a temática por elas.

No último momento, quando se aproxima o oitavo e nono mês de gravidez, convidamos adolescentes egressas do grupo, para compartilhar suas experiências em amamentar seus filhos, sendo este um palco importante para fortalecer a relevância do aleitamento materno exclusivo.

3 RESULTADOS

A promoção ao AME é uma prática frequente no grupo, por ser uma temática que é permeada de dúvidas e mitos, fatores que podem interferir na duração e prolongamento da amamentação, principalmente por serem primigestas adolescentes. Nas oficinas quando se abordou amamentação o que teve maior destaque foram mitos quanto à qualidade/quantidade de leite produzido, que são traduzidos nas expressões: "leite fraco", "pouco leite", "leite secou", e como questões relacionadas à estética da mãe, a exemplo segue a expressão "peito ficar caído".

Na oportunidade das oficinas se promoveu o diálogo com as adolescentes, com o propósito de esclarecer, desmistificar ideias errôneas, pois ao reproduzir tais expressões buscou-se esclarecer cientificamente, sendo assim, a adolescente pode compreender que seu leite não é fraco, e que a primeira mamada ocorre a liberação do colostro, conhecido por ser o leite que sacia a "sede" do bebê, sendo muito rico em proteínas e pobre em gordura, mas que posteriormente a cada mamada, sua produção aumentará e o leite passará a ser rico em gordura. Se a mamada não for realizada em livre demanda, pode ocorrer o ingurgitamento mamário, também conhecido como "leite empedrado", dificultando a nutrição do recém-nascido. Procurou-se fortalecer o entendimento das mesmas sobre a importância e benefícios da amamentação até o sexto mês de vida e o favorecimento do vínculo do binômio mãe-filho.

Adicionalmente, foram reforçados os benefícios do aleitamento materno para a nutriz, como o favorecimento ao emagrecimento após o parto e retorno do útero ao seu tamanho original, dentre outros diversos benefícios. As adolescentes trazem um conhecimento rico em relação a suas culturas, entretanto, o acesso e atenção à saúde ainda é muito incipiente, considerando a necessidade de um pré-natal de qualidade, bem como a inexperiência no contexto da gravidez e aleitamento materno.

4 DISCUSSÃO

Neste estudo observou-se que, dentre os mitos que permeiam a amamentação, houve prevalência dos relacionados com a qualidade e quantidade de leite produzido, além da estética materna. O conhecimento deficiente, a falta de informação e a desconfiança quanto ao valor nutricional do leite materno estão fortemente relacionados com a complementação alimentar precoce, pois a jovem é levada a oferecer à criança outros alimentos antes do período preconizado. Apesar dos inúmeros benefícios comprovados do aleitamento materno, ainda há um número considerável de interrupção precoce da amamentação (MARANHÃO *et al.*, 2015; OMS, 2007).

A baixa escolaridade e dificuldade de acesso ao conhecimento configura-se fator de extrema relevância associado a dificuldades durante o AME. Mães com menor nível de escolaridade apresentam-se em posição de desvantagem quanto às práticas de amamentação, quando comparadas às mães com maior nível educacional, pois estas possuem maior facilidade e acesso à informações acerca dos benefícios do AME (ARRUDA *et al.*, 2018; MARANHÃO *et al.*, 2015).

O estudo demonstrou a importância do diálogo com os adolescentes com o intuito de desmistificar as questões relacionadas à amamentação, embasado em conhecimentos científicos, transpondo o modelo clínico de forma humanizada. Estudos afirmam que a ausência de suporte profissional é crucial para a descontinuidade da amamentação, da mesma forma, as orientações da equipe de saúde podem promover o aleitamento, fortalecendo conhecimentos quanto ao posicionamento e pega, além da promoção de diálogos sobre mitos e tabus durante o aleitamento materno (ARRUDA *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2016; TAVEIRA; ARAÚJO, 2019).

As jovens, apesar de serem desprovidas de experiência, trazem consigo uma gama de conhecimentos culturais, no entanto, esses conhecimentos necessitam ser filtrados através do auxílio de profissionais, para que assim rompam barreiras e enfrentem plenamente os desafios encontrados ao longo da maternidade. A literatura mostra que mitos e crenças podem ser determinantes na prática do aleitamento materno, uma vez que este sofre influências do contexto histórico, social e cultural em que a nutriz está inserida.

Diante dessa realidade, a equipe de saúde se faz essencial para apoiar e incentivar a adolescente, discutindo e desmistificando práticas que possam levar ao desmame precoce, atendendo de forma individual e humanizada às necessidades de cada uma das mães, de forma que essas mulheres sintam-se seguras para tomarem decisões acerca da amamentação (MACEDO *et al.*, 2015; SEHNEM *et al.*, 2016; TAVEIRA; ARAÚJO, 2019).

5 CONCLUSÃO

A cada experiência vivenciada, os integrantes do grupo de extensão refletem que ainda existem muitos desafios a serem vencidos no que se refere a assistência integral à saúde materna das adolescentes gestantes.

A prática do aleitamento materno já foi comprovada pela ciência como benéfica à saúde do binômio mãe e filho, no entanto, ainda estamos distantes de garantir o aleitamento materno exclusivo ao longo dos primeiros seis meses de vida, bem como inibir o desmame precoce, principalmente por parte das mães adolescentes.

Os mitos que envolvem a amamentação são apontados como fatores que dificultam a adesão ao aleitamento materno exclusivo e podem promover o desmame precoce, evidenciando insegurança das nutrizes frente a questões do cotidiano do aleitamento materno principalmente entre mães adolescentes, foco deste estudo.

A vivência no Grupo de Extensão Grávidas Adolescentes proporcionou aos acadêmicos de enfermagem experienciar os relatos sobre os sentimentos e expectativas das adolescentes referente aos fatores que influenciam o processo de amamentação, para além disso, é possível ponderar quanto a importância da assistência integral à saúde materna das adolescentes gestantes, construindo estratégias de escuta e enfrentamento das fragilidades que podem permear a gravidez.

A identificação de fatores que possam influenciar no AME é de extrema importância para que a jovem possa ser auxiliada no enfrentamento de obstáculos, e no fortalecimento da sua autonomia. Assim, oportunizar o relato de experiências exitosas pode empoderar as adolescentes para o enfrentamento da imposição dos mitos sobre aleitamento materno

Por conseguinte, é imperativo que os profissionais de saúde tenham uma visão holística desses adolescentes, rumo a desmistificações referentes ao AME. Portanto, a

possibilidade de acolhimento, escuta, bem como dar voz a essas adolescentes grávidas pode ser o caminho em busca da apropriação do conhecimento e empoderamento, tornando as adolescentes grávidas protagonistas na adesão ao aleitamento materno exclusivo, até os seis meses de idade de seus filhos.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, G. T. de *et al.* Perfil das nutrizes adolescentes e características relacionadas ao aleitamento materno em uma cidade do sul do Brasil. Arq. **Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 22, n. 1, p. 23-26, jan./ abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gravidez na adolescência tem queda de 17% no Brasil, 2017. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/28317-gravidezna-adolescencia-tem-queda-de-17-no-brasil>. Acesso em: 12 set 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **SAÚDE DA CRIANÇA: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

COSTA, R. S. L. *et al.* Dificuldades encontradas pelas mães ao amamentar em uma Unidade de Referência em Atenção Primária. **Dê Ciência em Foco**, v. 1, n. 1, p. 48-63, 2017.

FERREIRA, I.G; PIAZZA, M; SOUSA, D. Oficina de saúde e sexualidade: residentes de saúde promovendo educação sexual entre adolescentes de escola pública. **Rev. Bras Med Fem Comunidade**. Rio De Janeiro, vol. 14, n. 41, p. 1788, Jan-Dez 2019.

MACEDO, M.D.S. *et al.* Aleitamento materno: identificando a prática, benefícios e os fatores de risco para o desmame precoce. **Rev enferm UFPE online**: Recife, v. 9, n 1, p. 414-23, jan., 2015.

MARANHÃO, R. A. *et al.* Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. **Cad. Saúde Colet**. v. 23, n. 2, p. 132-39, 2015.

OLIVEIRA, A.C. *et al.* Aleitamento materno exclusivo: causas da interrupção na percepção de mães adolescentes. **Rev enferm UFPE online**: Recife, v. 10, n. 4, p. 1256-1263, abr., 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Planejamento familiar: um manual mundial para provedores. Genebra; 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DE SAÚDE. **Acelerando o progresso em direção à redução da gravidez na adolescência na América Latina e no Caribe**. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34493>. Acesso em: 12 set. 2020.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). La salud de los jóvenes: um reto y uma esperanza. Ginebra: OMS, 1995.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PENSE**. Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p.

SEHNEM, G.D. *et al.* Vivência da amamentação por mães adolescentes: experiências positivas, ambivalências e dificuldades. **Rev Enf UFSM**, Rio grande do Sul, v. 6, n 4, p 578-588, out/dez 2016.

TAVEIRA, A.M.; ARAÚJO, A. Aleitamento materno na perspectiva de mães adolescentes: contribuições para atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2019.

DIALOGANDO SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO: PRÁTICA EDUCATIVA ATRAVÉS DO CÍRCULO DE CULTURA

Daniele Pereira Soares

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba/Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (FACEME/SMS). Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade e-mail dani.b.d.d@hotmail.com Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8709038270195072> Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8575-5880>

Laysa da Silva Fidelis

FACEME/SMS. E-mail laysaysf@gmail.com Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3114970128417420> Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5750-7863>

Patrícia Elídia Medeiros da Silva

FACEME/SMS. E-mail paty_elidia@hotmail.com Lattes: : <http://lattes.cnpq.br/1781911984712184> Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6350-6602>

Rita de Cássia Sofia Barreto Bezerra

FACEME/SMS. E-mail rita.sofia@outlook.com Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3140270585101180> Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0239-7761>

Dayanne Marcelle Guedes Ferreira

FACEME/SMS. E-mail profdayanneguedes@gmail.com Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9927354237535516> Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0313-9062>

Regina Couto da Costa

FACEME/SMS. E-mail coutocosta3@gmail.com Lattes: : <http://lattes.cnpq.br/6762022887422091> Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6180-7017>

A prática educativa é extremamente importante durante o pré-natal, podendo ser realizada nas consultas de rotina ou em grupos específicos. Além disso, o enfermeiro é um profissional primordial na educação em saúde da população, podendo utilizar como ferramenta o círculo de cultura, que considera o compartilhamento de saberes e experiências para problematizar temáticas pertinentes. Este estudo teve como objetivo relatar a prática educativa sobre o aleitamento materno através do Círculo de Cultura. Trata-se de um estudo descritivo do tipo Relato de Experiência realizado com um grupo de gestantes primigestas e multigestas, frequentadoras de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Fortaleza/CE, no ano de 2019. Para tal ação, realizou-se um Círculo de Cultura no qual as participantes tiraram suas dúvidas; falaram sobre seus anseios; realizaram trocas de saberes, experiências anteriores e a participação familiar. Verificou-se que a ação proporcionou um momento de descontração com troca de saberes e empoderamento acerca do tema. Conclui-se que a educação em saúde através do Círculo de Cultura é uma ferramenta alternativa de grande valor para o enfermeiro, servindo como meio complementar às consultas de rotina na instituição, favorecendo à busca do bem-estar e qualidade de vida da mãe e do bebê.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Aleitamento Materno; Educação em Saúde.

Educational practice is extremely important during prenatal care, can be fulfilled in the return consultation or in specific groups. Beyond that, the nurse is primordial professional at education health in population, which can be able used as a tool the Culture Circle, that considers the sharing of knowledge and experiences to problematize pertinent themes. This study had object report the educational practice on breastfeeding through the Culture Circle. This is a descriptive study of the Experience Report type accomplished at a group that primiparous and multiparous pregnant women, attended in health centers at Fortaleza/CE, in 2019. For a such action, realized a Culture Circle in which the participants answered their doubts; spoke about their wishes; exchanged knowledge previous experiences and family participation. It was a found that the action provided a moment of relaxation about the subject. It is concluded that health education through the Culture Circle is an alternative tool of great worth for nurses, serving as a complement to routine consultations in the institution, advantage the pursuit of well-being, and quality life of mother and baby.

Keywords: Women's Health; Breastfeeding; Health Education.

1 INTRODUÇÃO

A amamentação é uma prática difundida e recomendada mundialmente devido a sua capacidade de vínculo, proteção e por fornecer benefícios para a mãe e para o bebê (FRANCO *et al*, 2019).

Esses benefícios vão além das repercussões do estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, sua fisiologia e o seu desenvolvimento cognitivo e emocional, e em sua saúde a longo prazo, além de ter implicações na saúde biopsicossocial da mãe (BRASIL, 2015).

Porém, um estudo concluiu, em sua revisão sistemática, que a amamentação é um evento que ultrapassa o simples desejo e decisão independente das mulheres/mães, pois exhibe forte determinação sociocultural e histórica, podendo ser comprovada por meio de comparações de padrões de amamentação entre diferentes populações e através dos tempos. Do mesmo modo, possibilitou conhecer os fatores que influenciam o desmame precoce e dos quais os mais citados foram: trabalho materno, uso de chupeta, leite fraco, trauma e dor mamilar, introdução de outros tipos de leite e escolaridade (ALVARENGA *et al*, 2017).

Dessa forma, são necessárias estratégias e métodos que originem ambientes propícios de apoio e proteção ao aleitamento materno durante todo o ciclo gravídico-puerperal, sendo as tecnologias educativas, instrumentos significativos no empoderamento materno à amamentação (FRANCO *et al*, 2019).

Cabe então frisar o importante papel do enfermeiro na prevenção e promoção da saúde, proporcionando o acompanhamento às nutrizes durante o pré-natal, o puerpério e o pós-parto; influenciando positivamente para a realização da prática do aleitamento materno exclusivo com orientações e cuidados de enfermagem (MESQUITA *et al*, 2016).

Uma vez que, o profissional enfermeiro possui maior contato e vínculo com as gestantes e puérperas, podendo estimular a promoção ao aleitamento desde o período pré-natal, visto que há um maior tempo para o preparo físico e psicológico para o ato de amamentar; faz-se, assim, necessário um relacionamento baseado no respeito e apoio do profissional (SILVA *et al*, 2017).

Essas ações educativas podem ocorrer tanto nas consultas individuais de pré-natal, através das orientações, quanto em grupos específicos, abrangendo um número

maior de pessoas e possibilitando a discussão sobre o tema abordado. Além disso, apresenta uma abordagem dinâmica e utiliza tecnologias leves, provenientes de escuta, acolhimento e diálogo. (ANDRADE *et al*, 2016).

Uma das formas de se trabalhar com os grupos específicos é utilizando-se do Círculo de Cultura, uma ferramenta pedagógica proposta pelo educador Paulo Freire, que tem o aprendizado construído coletivamente, baseado em trocas de saberes e articulado com as experiências de vida, no qual o processo educacional está vinculado à vivência dos sujeitos, seus contextos, problemas e angústias, além de estimular a colaboração, a decisão, a participação e a responsabilidade social e política (FREIRE, 2019).

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo, relatar a prática educativa sobre o aleitamento materno através do Círculo de Cultura.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo Relato de Experiência. Relato de Experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito acadêmico de interesse da comunidade científica (CAVALCANTE; LIMA, 2012).

A ação ocorreu com um grupo de 10 (dez) gestantes primigestas e multigestas, frequentadoras de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de Fortaleza/CE no ano de 2019.

O local da ação foi em um Centro de Referência de Assistência Social, onde a enfermeira da unidade foi convidada para dialogar com as gestantes sobre a amamentação.

Para a realização da educação em saúde, buscou-se uma metodologia que conseguisse proporcionar o desenvolvimento reflexivo e crítico com o intuito de abranger as práticas de promoção da saúde e educação em saúde com a temática da amamentação, chegando, assim, ao Círculo de Cultura.

O Círculo de Cultura, proposto pelo educador Paulo Freire, representa, conceitualmente, um espaço dinâmico, de caráter dialógico de aprendizagem e de troca mútua de conhecimentos, fundamentado na pedagogia libertadora e problematizadora propostas pelo referido teórico. Assim, todas as pessoas que integram participam desse

círculo, por meio do diálogo leem, escrevem, discutem e constroem o mundo em que vivem (FREIRE, 2005).

Para essa ação, realizou-se um Círculo de Cultura com duração de aproximadamente 2 horas, adotando os seguintes elementos para sua execução: Levantamento de informações, Planejamento, Execução e Avaliação crítica.

Primeiramente, pediu-se para que as gestantes falassem seus nomes, idades e semanas/meses de gestação, se era primigesta ou multigesta e, no fluxo da conversa, foram surgindo diversos temas, como benefícios da amamentação, tipos de mamilos, produção de leite, amamentação exclusiva até os seis meses de vida do bebê, pega correta do bebê, apoio familiar e profissional.

Planejamento: para realizar a prática, a enfermeira contou com o suporte tecnológico do aparelho celular e com uma boneca, conseguindo demonstrar os diferentes tipos de mamilos e exemplificar a pega correta e as diversas maneiras da mãe e bebê ficarem para se sentirem confortáveis no momento da amamentação, já que o local não dispunha de equipamento tecnológico, a exemplo do *Datashow*.

Execução: Para que ocorresse a problematização das temáticas, utilizou-se principalmente, a escuta ativa das gestantes, ocasião em que elas puderam tirar suas dúvidas sobre os temas abordados; falar sobre seus anseios; realizar trocas sobre as experiências anteriores e falar sobre a participação familiar no processo da amamentação.

Avaliação crítica: Esperando um bom entendimento das participantes, após o Círculo de Cultura umas fizeram perguntas para outras em relação aos temas abordados.

3 RESULTADOS

Verificou-se que a ação proporcionou um momento de descontração na troca de saberes, uma vez que o Círculo de Cultura conseguiu proporcionar espaço para que as mulheres presentes pudessem falar, tirar dúvidas, expor temores em relação ao aleitamento materno e alcançar certo empoderamento do tema.

Durante o círculo, foi possível estabelecer um vínculo com todas as participantes, porque houve uma troca de experiências mútua que possibilitou a construção conjunta dos saberes relacionados ao aleitamento materno.

Constatou-se, também, que as dúvidas recorrentes em relação ao aleitamento foram relacionadas à produção de leite e à pega correta do bebê.

Pôde-se, dessa forma, evidenciar que a prática educativa contribuiu positivamente para a interação das gestantes, tornando-as agentes ativas em seu processo de aprendizagem em saúde, saindo dessa experiência com uma bagagem de conhecimentos satisfatória para serem aplicadas em suas vivências.

4 DISCUSSÃO

Como visto, no Círculo de Cultura não há conhecimento maior ou menor, e sim, conhecimentos diferentes que se compartilham através das experiências dos próprios participantes, atrelado ao saber científico do facilitador. E, dessa forma, consegue problematizar os temas, fazendo com que o conteúdo abordado seja melhor fixado e, produzindo, assim, saberes eficazes relacionados ao aleitamento materno.

De acordo com Paulo Freire, é importante a motivação de falas e se enfatize uma educação emancipatória, fornecendo as metodologias essenciais para o agir com autonomia e independência. É notório, pois, a busca por novas alternativas, por parte da enfermagem, para alcançar um maior vínculo com as mulheres, principalmente, no período gravídico. (FREIRE, 2011; VASCONCELOS *et al*, 2016). Podendo assim, influenciar e orientar o aleitamento materno.

Porém, o que ainda se vê na prática, são formas de transmissão de conhecimentos e orientações aos usuários utilizando-se palestras com conteúdos previamente definidos e que, possivelmente, não são suficientes para suprimir as necessidades dos participantes. Assim sendo, é fundamental que o profissional de saúde saiba criar vínculos e relacionar-se com os sujeitos, a fim de conhecer as suas verdadeiras necessidades e, conseqüentemente, proporcionar uma troca mútua de conhecimentos e experiências que sejam realmente transformadores e reflexivos (DALMOLIN *et al*, 2016).

Uma pesquisa realizada em um hospital de Minas Gerais com 69 (sessenta e nove) primíparas demonstrou lacunas relacionadas à posição ideal para amamentar, a pega correta do bebê, a existência de mitos sobre o leite ofertado pela mãe, como o de que o leite é fraco para o bebê, e o conceito e tempo da amamentação exclusiva (ALEIXO *et al*, 2019).

Corroborando com os resultados, Cardoso *et al.* (2019), dizem que ações educativas são fundamentais por ampliar conhecimentos e aprofundar discussões, de forma que as gestantes possam superar dificuldades, obtendo maior autonomia e podendo viver de maneira mais harmônica no compartilhamento de conhecimentos e experiências acerca do trabalho de parto, cuidados com o recém-nascido e aleitamento materno.

Diante do exposto, a utilização da proposta pedagógica recomendada por Paulo Freire, é imprescindível no processo de construção das estratégias de promoção à amamentação, de forma que facilitará, posteriormente, o estabelecimento do relacionamento de confiança do profissional facilitador com os sujeitos envolvidos, por meio de uma comunicação dialógica que leva a mulher e sua rede social à refletir e compreender a complexidade do processo da amamentação, suas diferenças e dificuldades (LINHARES; PONTES; OSÓRIO, 2014).

Vasconcelos *et al.* (2016), ainda demonstraram em suas constatações que o momento educativo vivenciado junto ao grupo de gestantes através do Círculo de Cultura, favorece encontros participativos e dialógicos e oportuniza a colaboração entre diferentes atores envolvidos no processo gestacional, uma vez que ocorreu a participação e o diálogo com todos os envolvidos. Destarte, muitas dúvidas podem ser sanadas quando ocorre o compartilhamento de conhecimento e troca de experiências, principalmente entre as primigestas que apresentaram inseguranças e dúvidas acerca da nova responsabilidade materna.

Para o profissional de saúde, trabalhar com o Círculo de Cultura é a oportunidade de estabelecer um vínculo maior com a população, possibilitando a desconstrução da ideia de ação mecanizada e hierarquizada. Podendo assim, ser conhecedor em seu âmbito individualizado ao se abordar a questão da promoção do aleitamento materno, desmistificando situações diárias que poderiam ocasionar um desmame precoce.

Nessa mesma perspectiva, os autores Pinheiro e Bittar (2016), ressaltam a importância da relação do profissional e a comunidade, em relação às práticas de saúde com a educação popular em que, juntas, possibilitam a abertura de novos canais de comunicação e de construção no compartilhamento de conhecimentos e no foco à autonomia e à construção de processos sociais emancipatórios.

Um estudo de revisão integrativa demonstrou que as tecnologias em saúde mais predominantes foram as tecnologias educacionais e na maioria dos casos em que foram

aplicadas, contribuíram para a manutenção do aleitamento materno, verificando-se que o enfermeiro tem tido um papel relevante na utilização dessas tecnologias para o alcance de melhores taxas de aleitamento materno (SILVA *et al*, 2019).

Dessa maneira, as orientações do pré-natal em grupos combinam aspectos convencionais de avaliação com o compartilhamento de informações, incluindo a discussão e aprendizagem, além da oportunidade de apoio social para as gestantes (WIGGINS *et al*, 2018).

Ao mesmo tempo, torna-se relevante enfatizar o cuidado humanizado, holístico e as necessidades de cada mulher. É necessário, pois, sensibilidade por parte dos profissionais de saúde, além do uso da educação em saúde para proporcionar reflexão, discussão e aprendizado durante todo o seu abrange biopsicossocial (CASTRO *et al*, 2019).

5 CONCLUSÃO

No decorrer deste estudo relatou-se a prática educativa sobre o aleitamento materno através do Círculo de Cultura.

No desenvolver da experiência observou-se que a troca de saberes proporcionou engajamento e empoderamento sobre o aleitamento materno, conseguindo sanar dúvidas pertinentes que surgiram nessa ocasião.

Conclui-se, portanto, que a prática educativa através do Círculo de Cultura é uma ferramenta alternativa de grande valor para o enfermeiro, que pode ser utilizada em grupos, como o de gestantes, para as orientações materno-infantil, servindo como meio complementar às consultas que são de rotina na instituição, favorecendo à busca do bem-estar e melhoria da qualidade de vida da mãe e do bebê.

Vale salientar que, uma das limitações encontradas, foi o fato de a experiência ter acontecido em apenas um encontro, mas, mesmo assim conseguiu-se alcançar o objetivo da aprendizagem, uma vez que as gestantes foram as principais protagonistas, pois tiveram a voz ativa no processo de troca de saberes.

Por fim, verifica-se a necessidade de implantar nos serviços de saúde, principalmente na Atenção Básica, mais ações de promoção de aleitamento materno, com vista à diminuição do desmame precoce. Além da necessidade de capacitar os

profissionais na busca de intervenções educativas que ampliem a visão crítica do sujeito para o melhoramento da sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALEIXO, T. C. S. et al. Conhecimento e análise do processo de orientação de puérperas acerca da amamentação. **Rev. Enferm. UFSM**. v.9, n.59, p. 1-18. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/36423/pdf>

ALVARENGA, S. C. et al. Fatores que influenciam o desmame precoce. **AQUICHAN**. v.17, n.1, p.93-103. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v17n1/1657-5997-aqui-17-01-00093.pdf>

ANDRADE, J. A. et al. Aleitamento materno: abordagem grupal do pet-saúde em um grupo de gestantes com base no círculo de cultura de Paulo Freire. **Destaques Acadêmicos**. v.8, n.3, p.38-49, 2016. Disponível em: <http://www.univates.com.br/revistas/index.php/destaques/article/view/1153/1027>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 184p. Brasília, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf

CARDOSO, R. F. et al. Educação em saúde na assistência pré-natal: revisão de literatura. **REAS/EJCH**. v. 23 (suplementar), p. 1-8. 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/397>

CASTRO, I. R. et. al. Partejar de primíparas: reflexos na amamentação. **Rev enferm UERJ**. v. 27, p.1-7. 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/43354/32726>

CAVALCANTE, B. L. L.; LIMA, U. T. S. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. **J Nurs Health**. v.1. n.2, p.94-103. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3447/283>

DALMOLIN, I. S. et al. Dialogando com freire no círculo de cultura: uma estratégia de promoção da saúde. **Rev enferm UFPE on line**. v.10, n.1, p. 185-90. 2016. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8MsZ4cWQtY4J:https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10937/12236+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>

FRANCO, M. S. et al. Tecnologia educacional para empoderamento materno na autoeficácia em amamentar. **Rev enferm UFPE on line**. v.13, p. 1-8. 2019.

Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/240857/32787>

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 42. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 67. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2019.

LINHARES, F. M. P; PONTES, C. M; OSÓRIO, M. M. Construtos teóricos de Paulo Freire norteando as estratégias de promoção à amamentação. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. V.14, n.4, p. 433-439. 2014. Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v14n4/1519-3829-rbsmi-14-04-0433.pdf>

MESQUITA, A. L. et al. Atribuições de enfermeiros na orientação de lactantes acerca do aleitamento materno. **Rev. Cient. Sena Aires**. v.5, n.2, p.158-70.2016.

Disponível em:

<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/267/140>

PINHEIRO, B. C; BITTAR, C. M. L. Práticas de educação popular em saúde na atenção primária: uma revisão integrativa. **Cinergis**. v.18, n.1, p.77-82. 2016.

Disponível em:

<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8049/5378>

SILVA, D. S. S. et al. Promoção do aleitamento materno: políticas públicas e atuação do enfermeiro. **Cadernos UniFOA**. v.12, n. 35, p. 135-140, 2017. Disponível em:
<https://moodlead.unifoa.edu.br/revistas/index.php/cadernos/article/view/483/1286>

SILVA, N. V. N. et al. Tecnologias em saúde e suas contribuições para a promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**.

v.24, n.2, p. 589-602. 2019. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000200589

VASCONCELOS, M. I. O. et al. Intervenção educativa em saúde com grupo de gestantes: estudantes de enfermagem em ação extensionista no interior do Ceará.

Expressa Extensão. v.21, n.2, p. 108-118, 2016. Disponível em:

<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/expressaextensao/article/view/9248/7031>

WIGGINS, M. et al. Testing the effectiveness of REACH Pregnancy Circles group antenatal care: protocol for a randomised controlled pilot trial. **Pilot Feasibility Stud**. v.4, n.169, p. 1-13. 2018. Disponível em:

<https://pilotfeasibilitystudies.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40814-018-0361-x#citeas> <https://doi.org/10.1186/s40814-018-0361-x>

A REPRESENTATIVIDADE DA ARTE GESTACIONAL EM GRUPO DE GESTANTE NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Eliane Barbosa de Araújo

ASCES-UNITA - Centro Universitário Tabosa de Almeida, Discente do curso de Enfermagem
e-mail: liane361@hotmail.com, link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4682631894818684>.

Emanuelly Mayara de Lima Jeronimo

ASCES-UNITA, Discente do curso de Enfermagem, e-mail: emanuely.mayara99@hotmail.com , link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7215288768862286>

Lucyla Liberato Silva

ASCES-UNITA, Discente do curso de Enfermagem, e-mail: lucyla.liberato@gmail.com, link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1892725084781439>

Natália Alves Gomes Moraes

ASCES-UNITA, Discente do curso de Enfermagem, e-mail: nataliaalvesgomesmoraes@gmail.com link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1759526118390445>

Nayale Lucinda Andrade Albuquerque

ASCES-UNITA, Docente do curso de Enfermagem, IMIP – Doutoranda, e-mail: nayalealbuquerque@asc.edu.br link do Lattes: <http://lattes.cnpq.br/764560369772081>

A gestação é um período de mudanças biológicas, somáticas, psicológicas, sociais e culturais. É uma fase importante na vida da mulher a qual requer cuidados dos familiares e profissionais de saúde que prestam assistência. Justificando a atenção para além de um útero gravídico, ofertando o cuidado humanizado de forma integral. A arte gestacional representa um fenômeno artístico, com fins terapêuticos que atribui com objetividade ao conteúdo psíquico, materno e familiar. Pintar o ventre materno é o ato de trazer para o exterior aquilo que é inerente ao interior, promove conhecimentos, emoções e exprime a vida intrauterina por meio estético após a realização da manobra de Leopold. Assim sendo, o objetivo deste estudo foi identificar os sentimentos explorados das gestantes através da representatividade da pintura no ventre em grupo de gestante na atenção básica. Participaram do estudo um grupo de gestante, em uma Unidade Básica de Saúde, juntamente com as extensionistas do projeto universidade amiga da criança e da mulher. Diante da experiência, a representatividade que a arte gestacional provocou nas gestantes vivências de amor, conexão, aproximação e interação com o feto. Foi enriquecedor pois a vinculação do conhecer e interagir com o bebê imaginário desencadeia comportamentos e sentimentos positivos, elucidando a potencialidade desta técnica na promoção do vínculo entre mãe e bebê.

Palavras-chave: Arte gestacional, Gestante, Vínculo.

Pregnancy is a period of biological, somatic, psychological, social and cultural changes. It is an important phase in the woman's life which requires care from family members and health professionals who provide assistance. Justifying care beyond a pregnant uterus, offering comprehensive humanized care. Gestational art represents an artistic phenomenon, with therapeutic purposes that it objectively attributes to the psychic, maternal and family content. Painting the mother's womb is the act of bringing to the outside what is inherent to the interior, promotes knowledge, emotions and expresses intrauterine life through aesthetics after performing Leopold's maneuver. Thus, the aim of this study was to identify the feelings explored by pregnant women through the representativeness of belly painting in a group of pregnant women in primary care. A group of pregnant women participated in the study, in a Basic Health Unit, together with the extension officers of the child-friendly and woman-friendly university project. Given the experience, the representativeness that gestational art provoked in pregnant women experiences of love, connection, approximation and interaction with the fetus. It was enriching because the connection of knowing and interacting with the imaginary baby triggers positive behaviors and feelings, elucidating the potential of this technique in promoting the bond between mother and baby.

Keywords: Gestational arts, Pregnant woman, Bond.

1 INTRODUÇÃO

A gestação é uma experiência de adaptação intensa, cercada por questões que extrapolam o aspecto biológico, sendo influenciada por valores culturais, sociais e psíquicos. É uma fase importante na vida de qualquer mulher e corresponde ao período que antecede ao parto (MATA, et al. 2017).

Durante o período gestacional ocorrem mudanças físicas, em um corpo que se transforma a cada dia, transformações que são acompanhadas de alterações emocionais, o que é considerado evento fisiológico na vida das mulheres. No entanto, requerendo cuidados por parte da família e dos profissionais de saúde que prestam assistência pré-natal, justificando a atenção para além de um útero gravídico (MATA *et al.*, 2017).

No que circunda esta temática tem-se a arte gestacional, que de acordo com Vinaver (2017) é conhecida popularmente como ultrassom natural, realizada por profissionais da área da enfermagem nas consultas de pré-natal. Essa técnica teve início na década de 1990 com a parteira mexicana Naoli Vinaver, sendo realizada uma pintura na barriga das gestantes, e através da palpação com a sensibilidade do toque através das manobras de Leopold, se identifica a posição do bebê para que possa realizar a arte do mesmo na barriga da mãe.

A pintura no ventre materno é uma atividade artística utilizada como forma de expressão da figura do bebê imaginário e dos elementos que constituem a gravidez, podendo promover experiências maternas subjetivas que fomentem o conhecer sobre seu feto e seu estado intraútero. Neste período, os pais adquirem uma representação interna, crescente e elaborada da criança, que abrange uma mescla de fantasia e de realidade, sendo o bebê um recipiente da projeção. É em relação a esta imagem interna que o vínculo emocional se desenvolve (MATA, 2018).

Pintar o ventre materno é o ato de trazer para o exterior aquilo que é inerente ao interior, revelando, aos olhos expectantes, o bebê imaginário e outros elementos da gestação. É um fazer que transforma, promove conhecimentos, emoções e exprime a vida intrauterina por meio estético. Diante disso, é imprescindível denominar esta técnica como “Arte”. Ela é, em sua essência, uma atividade artística. Ao aplicá-la, é transformado aquilo que a natureza e a cultura oferecem, combinando imagens, sensações e representações (MATA; SHIMO, 2019)

Ressaltando-se a importância do cuidado humanizado de forma integral, a arte gestacional é uma técnica realizada em diversos serviços de saúde pública durante as consultas de pré-natal, sendo realizada por profissionais da saúde, dentre eles o enfermeiro. Importante considerar que não se trata apenas de uma pintura, a arte gestacional representa um fenômeno artístico com intuito terapêutico (MATA, 2019).

Diante do exposto, verifica-se o quanto é significativo para a construção do vínculo entre mãe e filho a vivência de experiências subjetivas como a disposição para conhecer sobre o feto, elaborando o bebê imaginário, e para estar/ interagir com ele. Apresenta-se neste estudo o uso de uma prática de cuidado que pode oportunizar tais experiências, a Arte da Pintura do Ventre Materno. Sendo uma técnica de representatividade do bebê imaginário e outros elementos ligados à gestação, como o cordão umbilical, a placenta, o útero e a bolsa das águas (MATA, 2017)

Perante tudo que foi exposto, objetiva-se neste estudo, relatar experiências da extensão acadêmica sobre a arte gestacional, salientando a devida importância da representatividade da arte gestacional na vida das gestantes e discentes, que em ações conjuntas disseminam cuidado ao próximo, assistência à saúde materno-fetal e humanização, à fim de fortalecer os vínculos e a beneficência do sistema básico de saúde em uma cidade do interior Pernambucano.

2 METODOLOGIA

Estudo do tipo Relato de Experiência, realizado mediante atividades desenvolvidas no projeto de extensão: Universidade Amiga da Criança e da Mulher, do Centro Universitário Tabosa de Almeida ASCES-UNITA, localizado na Cidade de Caruaru-PE. O projeto abrange os cursos de: Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição e Odontologia, com o intuito de ofertar aos discentes a vivência do cuidado, às crianças e mulheres Caruaruenses, através de ações preventivas, com cunho socioeducativo.

De acordo com Deslandes e Arantes (2017), a prática é o maior aliado para o aperfeiçoamento da aprendizagem acadêmica, de modo que os projetos de extensão ajudam a aprimorar o conhecimento adquirido ao longo da graduação, fazendo-se criar um elo entre a comunidade assistida e o corpo discente das instituições de ensino

superior (IES), no qual a sociedade tem livre acesso aos serviços que impulsionam a prática da cidadania e dos direitos humanos.

Para conquista da experiência, desenvolveram-se atividades de educação em saúde, com ações de humanização que enfatizavam a criação do vínculo materno afetivo, através da representatividade simbólica da arte gestacional, ofertada como produto do conhecimento acadêmico, e forma de assistência à saúde, às gestantes que fazem o acompanhamento pré-natal de baixo risco na rede de Unidades Básicas de Saúde da Cidade de Caruaru-PE.

No que circunda à temática, realizaram-se às atividades em grupos, onde eram oferecidas às futuras mães não só a pintura no ventre com tinturas à base de água, mas também à escuta qualificada para sanar angústias e medos sentidos por elas, e execução das manobras de Leopold para identificar a situação, apresentação e posição fetal. Criando-se um espaço de troca mútua de conhecimentos e vivências, onde o saber científico é colocado em prática, no exercer do cuidado com a comunidade assistida.

A experiência relatada poderá, ainda, estimular outros profissionais da área da saúde a desenvolverem intervenções para o cuidado individual com mulheres, pautadas no significado mais completo da palavra humanização e aplicá-las nos processos de cuidado e atenção integral ao próximo na condição de gestantes.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Diante da necessidade ampla de cuidar da saúde das mulheres e das crianças da região, foi criado na Instituição de Ensino Superior (IES), o projeto de extensão Universidade Amiga da Criança e da Mulher, que tem por finalidade realizar encontros e eventos específicos, que demonstrem a sociedade a importância de estender o saber científico para além dos portões da universidade, onde a arte gestacional é levada com seriedade ao campo, e aplicada com maestria e amor as famílias acompanhadas pelo projeto.

O projeto de extensão conta com a participação de cinco (5) docentes dos cursos de saúde e com mais de vinte (20) extensionistas, que são capacitados constantemente para à prática cotidiana e execução do cuidado baseado em evidências científicas sob a luz da humanização. Estes pressupostos oportunizam a

oferta a população feminina alvo das intervenções, que estão diretamente relacionadas com a escuta qualificada, manobras de Leopold e acesso a arte gestacional nas Unidades Básicas de Saúde do município.

As atividades são desenvolvidas de forma integral e equânime, visando-se atender às expectativas e anseios de cada mulher. Para configuração das ações, são divididos pequenos subgrupos de modo que cada um fica responsável por uma temática específica, de acordo com seus docentes tutores. Depois disso, marca-se um dia para atendimentos nas unidades básicas de saúde, onde lá são captadas as gestantes em acompanhamento pré-natal que almejam realizar a arte gestacional, em média 8 gestantes por atendimento.

Para delineamento da ação, inicia-se uma roda de conversa com todos que se fazem presentes, para que exista a troca mútua de conhecimentos e experiências, com uso de aromaterapia, música e massagem quando possível, a fim de estimular um ambiente propício e acolhedor para às mulheres. A seguir mostra-se os materiais que são utilizados para pintura e explica-se o real significado da arte gestacional, explorando os sentimentos e desejos de cada mãe.

Em seguida, é realizada a palpação na barriga da mãe para delimitar e desenhar com maior precisão a posição do bebê. Sendo aplicada as manobras de Leopold, pela qual percebe-se, a partir do fundo uterino, posição: determinação do dorso fetal; apresentação; mobilidade; e insinuação fetal: que determina o grau de penetração da apresentação ou confirmação da apresentação fetal, de como o bebê está posicionado no ventre materno, que através dela é simbolizado o bebê, cordão umbilical, placenta, útero e a bolsa das águas.

Esta prática é adotada durante o pré-natal, na qual o extensionista irá estabelecer um vínculo com a mãe ou com o casal, durante o momento da consulta. Pois, os pais adotam uma ideia ou simbolizam a imagem da criança, que é mesclado com os sentimentos de fantasia e realidade. Essa experiência pode ser vivenciada pelo esposo, e outros integrantes da família ou amigos (como mãe, sogra, amiga, entre outros), fortalecendo os vínculos afetivos tanto para com a relação mãe/feto, como também com os profissionais de saúde/gestante, proporcionando confiança por ambas as partes.

Posteriormente houve a criação de desenhos, com lápis, maquiagens e tintas para pele, a qual reflete a posição exata do bebê ou quaisquer figuras que

representam as sensações, sentimentos e singularidades de cada mãe. Durante todo momento foi possível perceber que as gestantes expressaram surpresa, além de sentimentos de intensa alegria ao visualizarem as relações materno-fetais. Confirmando os benefícios causados pela extensão universitária e a singela singularidade da arte gestacional.

A pintura artística realizada pelos extensionistas do Projeto Universidade Amiga da criança da mulher pode ofertar as gestantes um misto de sentimentos - alegria, amor, felicidade, esses que puderam aproximar ainda mais mãe-filho. Após a realização da roda de conversa com as gestantes, com intuito de criar um vínculo afetivo entre elas, foi possível observar a ansiedade de saber como está o seu filho, a interação que elas obtiveram no presente momento.

Nos dias em que ocorria a Arte gestacional na UBS, chegavam mulheres que estavam grávidas de primeira vez e foi um momento ímpar na vida delas, diferente de outras que já tinha filhos, que consideravam uma coisa normal, simples ou que nunca tiveram essa oportunidade de vivenciar. A partir disso era trabalhado na singularidade de cada gestante, mesmo que tivessem filhos ou não, para ser uma etapa de aconchego, felicidade, diálogo entre a equipe e as gestantes.

4 CONCLUSÃO

Através das atividades desenvolvidas e do contato pele a pele com mulheres na condição de gestantes, percebe-se a importância da palavra representatividade no tocante da arte gestacional, utilizando recursos que viabilizam a humanização do cuidado e transcendem educação em saúde, unificando estudantes e sociedade em um elo de amor, conexão e saber científico.

Ademais, concluímos que as atividades extensionistas são essenciais para a formação acadêmica e promoção da saúde populacional em nossa sociedade. Incluir o estudante na comunidade e no desenvolvimento de ações educacionais frente a estas mulheres, oportuniza o conhecimento dos problemas existentes e melhora a relação materno-fetal das gestantes acolhidas pelo projeto de extensão.

Confirma-se a magnitude do olhar holístico e do valor do toque, dentro dos serviços e instituições de saúde. Elucidando-se à força da arte gestacional enquanto ferramenta de trabalho e disseminação de amor aos próximos, aperfeiçoando os

significados de autocuidado e autoestima de mulheres e famílias que vivenciam a rica experiência de gerar e amar alguém que ainda não veio ao mundo.

REFERÊNCIAS

MATA, J. A. L; SHIMO, A. K. K. A Representação Social da Arte da Pintura do Ventre Materno para Gestantes. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v.5, n.8, p. 250-268, ago. 2017.

MATA, J. A. L; SHIMO, A. K. K. Arte da pintura do ventre materno e vinculação pré-natal. **Rev Cuid** vol.9 no.2 Bucaramanga May/Aug. 2018.

MATA, J. A. L; SHIMO, A. K. K. A arte de pintar o ventre materno: história oral de enfermeiras e obstetrias. **Revista Enfermería Actual de Costa Rica**. n.35 San José Jul./Dec. 2018

MATA, J. A. L; SHIMO, A. K. K; Arte da pintura do ventre materno: termo, conceito e técnica. **Rev. Bras. Enferm.** vol.72 supl.3 Brasília dez. 2019 Epub 13-Dez-2019.

SANTOS, I. C. D. **As representações sociais da arte gestacional para a gestante e sua família**. Itajaí, SC, 2018.

AROMATERAPIA E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA O PROCESSO DE PARTURIÇÃO

Greyce Trindade do Bomfim Pereira

UNIVERITAS RJ - Centro Universitário Universus Veritas

greycetrindade18@outlook.com, <http://lattes.cnpq.br/8781916193664629> e <https://orcid.org/0000-0002-1019-0851>

Carine Silvestrini Sena

UNIVERITAS RJ - Centro Universitário Universus Veritas

Carine.nsilvestrini@hotmail.com, <http://lattes.cnpq.br/5919560961162963> e <https://orcid.org/0000-0001-7738-9825>

Objetivo: analisar os benefícios do uso terapêutico da Aromaterapia no cenário de parturição. **Metodologia:** trata-se de uma revisão bibliográfica realizada em agosto de 2020 nos de banco de dados científicos, LILACS, MEDLINE e BDEF. **Resultados:** a implementação de Aromaterapia como terapia complementar no manejo do processo de parturição contribui significativamente para desfecho positivo do trabalho de parto. **Considerações Finais:** a apropriação do manejo da Aromaterapia no processo de parturição traz o protagonismo de técnicas não-farmacológicas, elevando o eixo da assistência obstétrica ao âmbito da naturalidade e protagonismo dessa mulher corroborando para uma vivência única e satisfatória.

Palavras-chave: Aromaterapia, Assistência ao Parto, Saúde da Mulher.

Objective: to analyze the benefits of the therapeutic use of aromatherapy in the setting of parturition. **Methodology:** this is a literature review carried out in August 2020 in the scientific databases, LILACS, MEDLINE and BDEF. **Results:** the implementation of Aromatherapy as a complementary therapy in the management of the parturition process contributes significantly to the positive outcome of labor. **Final Considerations:** the appropriation of the management of Aromatherapy in the parturition process brings the role of non-pharmacological techniques, elevating the axis of obstetric care to the scope of the naturalness and role of this woman, corroborating for a unique and satisfying experience.

Keywords: Aromatherapy, Midwifery, Women's Health.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o modelo do cuidado de saúde no que tange a assistência obstétrica ainda é cercado de práticas inerentes ao modelo biomédico, institucionalizado e repleto de análises que se contentam em relatar a biologia e fisiologia do trabalho de parto. Essa visão obsoleta gera inúmeros prejuízos e, vista tamanha evidência, têm crescido a difusão de modelos de assistência que buscam uma linha de cuidado mais ampla e integral, considerando aspectos psicossociais, culturais e emocionais.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a medicina tradicional pode ser definida como a soma total das práticas baseadas em teorias, crenças e experiências de diferentes culturas e tempos, muitas vezes inexplicáveis, utilizadas na manutenção da saúde, assim como na prevenção, diagnóstico, tratamento e melhora de enfermidades (OMS, 2018).

A medicina tradicional é o total de conhecimento técnico e procedimentos baseado nas teorias, crenças e as experiências indígenas de diferentes culturas, sejam ou não explicáveis pela ciência, usados para a manutenção da saúde, como também para a prevenção, diagnose e tratamento de doenças físicas e mentais. Em alguns países utilizam-se indistintamente os termos medicina complementar, medicina alternativa ou medicina não-convencional, e medicina tradicional (OMS, 2018).

Por esta ampla concepção, é possível considerar diversas terapias dentre as integrativas e/ou complementares. Em 2006 as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) são incorporadas ao sistema único de saúde (SUS) por meio da Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006, de modo a respaldar práticas como aromaterapia em seu sentido complementar na assistência de enfermagem nacional fornecendo normas e orientações técnicas para promover intercâmbio destas informações com a medicina tradicional. Ainda há a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), de número 197 de 1997, que garante aos profissionais de enfermagem o exercício desta função, neste escopo, enquanto terapeuta de quaisquer terapias complementares e integrativas descritas na Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares (PNPICs), desde que tenha concluído curso de especialização para este fim, em Instituição de ensino devidamente reconhecida e dotada de conteúdo curricular de pelo menos 360 horas.

Contudo, a utilização destas terapias centradas no cuidado holístico, valorizando as questões psicossociais e as necessidades da mulher durante seu trabalho de parto, em sua maioria, utilizam recursos simples, naturais, de baixo custo e seguros, de modo a transcorrer em direção ao equilíbrio entre o saber científico, das tecnologias do cuidado não-farmacológico e da humanização, alinhando-se às recomendações de boas práticas na assistência de enfermagem ao parto, que contribui com a classificação das práticas de assistência ao parto e nascimento embasadas em evidências científicas, chamando atenção para o atendimento ao parto natural com o mínimo de intervenção e interferência externa possível, incentivando a atuação efetiva da mulher, que deve ter papel central neste processo.

De acordo com a OMS, muitas dessas mulheres têm preferência e desejam um nascimento natural, confiando que seus corpos nascem preparados para dar à luz no momento certo sem tantas intervenções médicas, como é possível observar atualmente de modo rotineiro. A organização ainda considera que, mesmo quando a intervenção médica é estritamente necessária, é preciso considerar a opinião dessas mulheres na tomada de decisões, explicando-as sempre a situação que a cerca, bem como esclarecendo os cuidados que serão ofertados, dessa forma, empoderando-as, tornando viável a promoção de um plano terapêutico singular e adequado às suas necessidades.

Porém, ainda é possível observar na realidade brasileira mulheres expostas a intervenções desnecessárias, carentes de informação, amparo psicossocial, sendo estritamente necessário empunho institucional, político e profissional para que, de fato, sejam instituídas boas práticas obstétricas.

As vivências de parto, assim como seu processo, são embebidas de fatores socioculturais e psicológicos que marcam profundamente as vidas dessas mulheres e suas famílias, por vezes essas experiências infelizmente, são traumáticas e negativas. O mesmo ocorre aos profissionais de saúde, visto que também vivenciam ou experimentam partos, tanto no contexto pessoal como no profissional. Assim, importante considerar essas experiências já previamente vividas e a bagagem cultural perante ações provenientes em suas práticas de cuidado obstétrico. Ao partilhar suas experiências e vivências de parto, de mulheres e/ou profissionais de enfermagem, abrem espaço para promoção de diálogos e discussões acerca do parto na perspectiva

de gênero motivando reflexões sobre a práxis ofertada, corroborando para melhorias na prática profissional.

Transversalmente à Política Nacional de Humanização, tais iniciativas caminham favorecendo a humanização nos processos de parto e nascimento atuando como estratégias de superação ao modelo assistencial tecnicista e hospitalocêntrico, denotando a importância de resgatar os significados do processo de parto e legitimar a importância da prestação cuidado singular à essas mulheres neste processo, através da reflexão crítica e tomada de consciência e decisão em proporcionar uma assistência de enfermagem adequada, segura e humanizada, pensada a partir de suas necessidades individuais, respeitando a sua autonomia, incentivando e colaborado para seu protagonismo durante esse momento único.

Dessa maneira, entende-se por aromaterapia uma prática que utiliza as propriedades dos óleos essenciais na recuperação do equilíbrio e a harmonia do organismo, visando à promoção da saúde física e mental e ao bem-estar, por meio de diferentes estratégias, como potencializador de massagens favorecendo a decídua do bebê, como aromatizador do ambiente na promoção de ambiente acolhedor e relaxante para favorecer a queda do cortisol, hormônio relacionado ao medo, ansiedade e dor, entre outros.

Com amplo uso individual e/ou coletivo, pode-se associá-las à outras práticas, como terapia de florais, reflexologia podal, banho de imersão entre outras, e, considerada uma possibilidade de intervenção que potencializa o manejo do trabalho de parto promovendo segurança, fortalecimento do vínculo gestante/equipe/acompanhante, reduzindo uma possível necessidade de intervenção médica e iatrogenias.

A aromaterapia é prática terapêutica secular que consiste no uso intencional de concentrados voláteis extraídos de vegetais - os óleos essenciais (OE) - a fim de promover ou melhorar a saúde, o bem-estar e a higiene. Na década de 30, a França e a Inglaterra passaram a adotar e pesquisar o uso terapêutico dos óleos essenciais, sendo considerada prática integrante da aromaterapia - ciência que estuda os óleos essenciais e as matérias aromáticas quanto ao seu uso terapêutico em áreas diversas como na psicologia, cosmética, perfumaria, veterinária, agronomia, marketing e outros segmentos (portaria nº 702, de 21 de março de 2018).

De tal modo, a aromaterapia é considerada uma prática multiprofissional que tem sido implementada por diversos profissionais de saúde, dentre eles temos

enfermeiros, psicólogos, doulas, médicos, terapeutas holísticos, naturistas, dentre outros, podendo ser empregada em diversos momentos da gestação, partindo desde o cuidado pré-natal, indo até o puerpério. Sobretudo, importante destacar seu uso no manejo do processo de parturição, podendo favorecer objetivos distintos de acordo com a demanda de necessidades da mulher e progresso de seu trabalho de parto, sempre na ótica de auxiliar, de modo complementar, ao estabelecimento do (re)equilíbrio fisiológico e/ou emocional da parturiente.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, de caráter descritivo e exploratório, do tipo revisão literária, que compreende um método de pesquisa que permite análise de dados, informações e evidências científicas, assim como a inclusão de estudos experimentais, dados literários, teóricos e, empíricos.

Para a realização do presente estudo cumpriu-se as seguintes etapas: 1. identificação do tema e levantamento da questão norteadora da pesquisa; 2. escolha e discernimento dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos a serem pesquisados; 3. seleção dos estudos a serem analisados na pesquisa; 4. definição das informações a serem extraídas e utilizadas dos estudos selecionados de acordo com a temática abordada; 5. avaliação dos estudos inclusos na pesquisa; 6. interpretação e separação dos resultados encontrados; e 7. síntese dos conhecimentos na forma da revisão.

Dessa forma, a questão norteadora que deu origem a este estudo foi “quais são as possíveis contribuições do uso de terapias não- farmacológicas como Aromaterapia no processo de parto?”.

Durante o processo de busca bibliográfica, foram utilizadas as bases de dados científicas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que, nos disponibiliza informações oriundas da Literatura Americana e o Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analyses and Retrieval System Online (MEDLINE) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF), utilizando o método de busca simples, categorizando por títulos, resumo e assunto em uma cobertura temporal contemplando os últimos 5 anos.

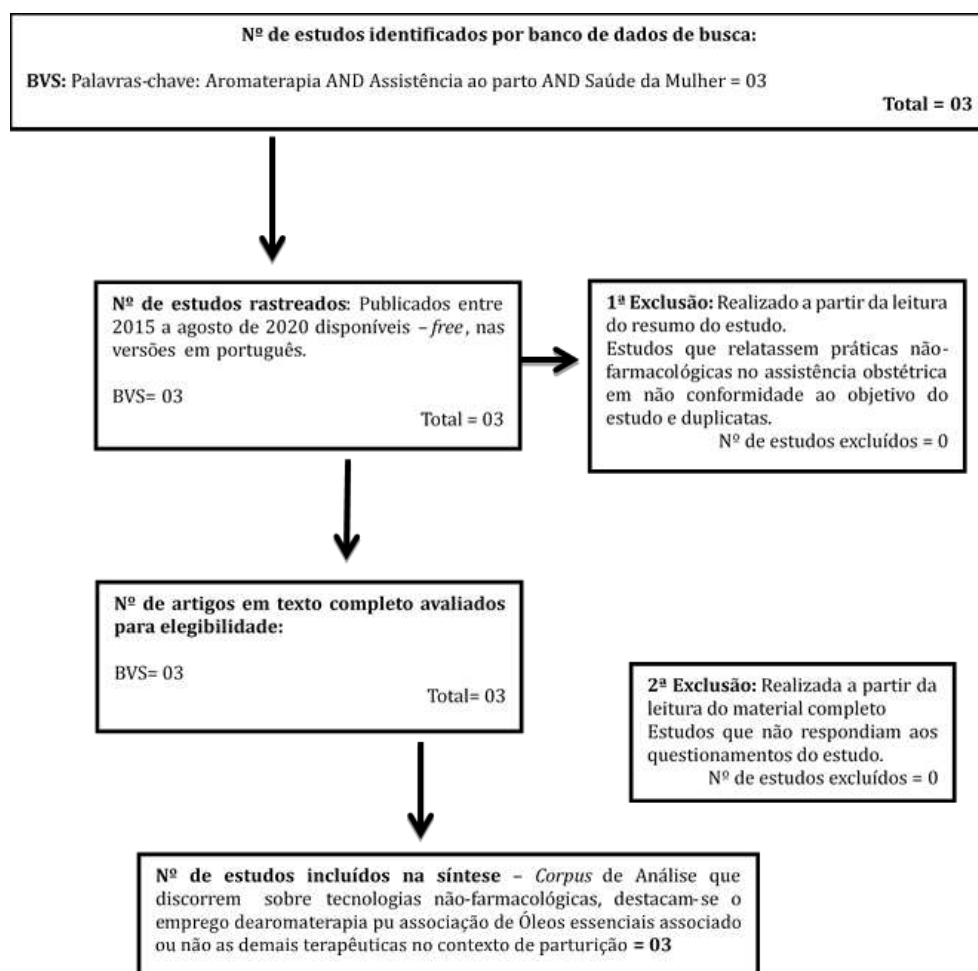
Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para o idioma Português com o operador booleando AND na combinação e formação da seguinte *string* de pesquisa: “Aromaterapia” AND “Assistência ao parto” AND “Saúde da

Mulher” e na mesma perspectiva na língua Inglesa: “Aromatherapy” AND “Midwifery” AND “Women's Health”.

Foram definidos como critérios de inclusão: textos de estudos originais, completos, disponíveis em sua íntegra, disponíveis no idioma português publicados entre o período de 2015 e 2020. Os critérios de exclusão: aqueles estudos que destoavam da temática central da pesquisa ou repetiam-se na busca.

Após análise e leitura dos estudos pesquisados, foram selecionados três estudos, seguida da leitura crítica e exploratória, sendo eles dois artigos e uma dissertação de mestrado, foram selecionados os dados em consonância a questão norteadora. Os estudos, após selecionados, foram agrupados utilizando-se a técnica de análise dos conteúdos com auxílio da ferramenta de desenho metodológico PRISMA, como facilitador da separação e análise dos resultados encontrados, respeitando-se a temática central e preocupando-se na validade dos dados científicos, com elaboração adequada, no intuito de preparar o embasamento teórico necessário à resposta da questão norteadora, como descrito no fluxograma a seguir.

Fluxograma 1: PRISMA- Seleção dos artigos para a Revisão Bibliográfica



Fonte: autoria própria, 2020.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No processo de seleção da pesquisa, em resposta à questão norteadora, selecionou-se os três estudos citados no quadro abaixo, visto que, a partir da *string* utilizada, só são disponibilizados estes três estudos em livre acesso à BVS, o que, por si só, já se justifica o presente estudo.

Os resultados foram agrupados em duas categorias: a categoria A, que relaciona a implementação de práticas não-farmacológicas, sobretudo a aromaterapia à contribuições benéficas diretamente relacionadas ao desfecho positivo do processo de parto; e outro, categoria B, que discorre sobre os resultados que descrevem a necessidade de fomentar a utilização desta prática no espaços de atuação dos

enfermeiros, bem sua devida capacitação e especialização profissional no contexto obstétrico.

Realizou-se a apresentação dos resultados obtidos de por meio da discussão achados na literatura e, assim, estruturou-se um quadro ilustrativos das informações destes estudos contendo: título, objetivo principal, tipo de estudo e ano de publicação, como descrito a seguir.

Quadro 1 – Síntese dos estudos sobre a utilização de Aromaterapia no Processo de parturição

Estudo	Objetivo	Resultado	Conclusões	Formato e Ano de publicação
Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento.	Descrição das tecnologias do cuidado utilizadas por enfermeiras obstétricas em uma Unidade de Saúde onde se realizam partos naturais.	A enfermagem obstétrica faz uso de métodos não-farmacológicos em sua prática cotidiana, utilizando ferramentas como banho de aspersão, massagem, bola suíça, cavalinho, aromaterapia, musicoterapia, livre movimentação, além, de propiciar um ambiente acolhedor e presença do acompanhante, como medidas de promoção da saúde às parturientes	A utilização dessas tecnologias do cuidado contribui para a valorização das práticas humanizadas e da atuação da enfermagem obstétrica no contexto do parto e nascimento, contribuindo para o melhor desfecho possível.	Artigo / 2019
Aromaterapia para alívio da dor durante o trabalho de parto.	Analisar os benefícios da aromaterapia para o alívio da dor durante o trabalho de parto.	Descreve que a aromaterapia possui propriedades específicas, além de ser um método que ajuda significativamente para o alívio da dor e/ou diminuição da ansiedade e medo, colaborando também no estímulo das contrações uterinas e na diminuição do tempo de trabalho de parto.	Conclui-se que há necessidade de ampliação dos conhecimentos acerca dos benefícios do uso de aromaterapia no contexto obstétrico, principalmente enfermeiros, pelo acompanhamento contínuo junto à parturiente. Destaca-se ainda, a necessidade de fomentar produção científica acerca dessa temática.	Artigo /2019
Cuidados de enfermagem à mulher com dor do parto:	Ressignificar o cuidado de enfermagem prestado a mulheres em	As mulheres descrevem o parto como uma vivência positiva, porém relatam a dor do parto como intensa e natural. Relatam que	Conclui-se a importância da utilização das práticas não-farmacológicas no	Dissertação de Mestrado / 2016

transformações a partir da pesquisa-ação participativa.	trabalho de parto, através da implementação de métodos não-farmacológicos, com objetivo central no alívio da dor.	conhecem métodos não-farmacológicos que são comumente utilizados, citando a bola, o cavalinho, a massagem, banho de imersão, deambulação, musicoterapia e aromaterapia, como métodos conhecidos e disponíveis, relatando como de qualidade a assistência recebida. Os resultados também citam que há falta de profissionais, bem como seu despreparo, aliados a um ambiente profissional inadequado, relacionamento interpessoal prejudicado dentro da equipe são fatores que dificultam a assistência de enfermagem.	cuidado obstétrico visando participação da mulher, compreensão de suas necessidades de saúde e fortalecimento do vínculo com a equipe profissional na busca pela qualidade da assistência	
---	---	---	---	--

Fonte: autoria própria, 2020.

3.1 BENEFÍCIOS DA UTILIZAÇÃO DE AROMATERAPIA NO MANEJO DO PROCESSO DE PARTO.

A utilização de aromaterapia como terapia complementar ao manejo do processo de parturição, como descrito na categoria A, aparece em todos os estudos analisados endossando sua contribuição na promoção de conforto, relaxamento, redução da ansiedade e medo de modo que atua colaborando na queda dos níveis do hormônio Cortisol e aumentando a produção de endorfinas, favorecendo a decídua do bebê e o alívio da dor, mitigando a necessidade de uso de medicações com este intuito. Segundo Duddridge apud Ricci (2002), as endorfinas reduzem a transmissão dos sinais entre as células nervosas e, desse modo, diminuem a percepção da dor. Além disso, o toque vinculado a massagem, associada ao uso medicinal dos óleos essenciais, liberam e ativam diversos estímulos prazerosos que desviam a atenção da mulher do desconforto fisiológico do parto.

A dor é uma experiência subjetiva, que envolve uma interação complexa entre influências fisiológicas, espirituais, psicossociais, culturais e ambientais. Leeaman apud Ricci (2013). Compreendemos que todos esses valores culturais e singulares se apresentam nesse contexto obstétrico em comportamentos aprendidos ao longo de

gerações em seus núcleos familiares e influenciam a percepção e a resposta a dor no contexto obstétrico, de maneira majoritária elevam sentimentos como medo e ansiedade que em suma tendenciam no aumento da sensação da dor.

A grande maioria dos métodos não-farmacológicos utilizados baseiam-se na teoria de dor do “controle do portal”, que descreve sobre os benefícios da estimulação física local na região próxima dor ou que se deseja alcançar seu estímulo, consegue intervir nos estímulos dolorosos de modo a provocar o fechamento de um portal hipotético na medula espinhal, promovendo o bloqueio dos sinais dolorosos, impedindo que os mesmo alcancem o cérebro.

Ao longo dos últimos anos pesquisas nesse sentido têm evidenciado que o aumento desconhecimento acerca da associação desses métodos não-farmacológicos para o manejo do trabalho de parto, sobretudo no alívio do dor, têm promovido conforto, redução do tempo de trabalho de parto, iatrogenias e por muitas vezes redução da intervenção medicamentosa para analgesia, diminuindo o risco de cesarianas e parto normal instrumentalizado. Visto isso, através de recursos simples, baratos e seguros, é possível promover a experimentação de vivências menos agressivas, estressoras e fornecer apoio adequado ao enfrentamento do parto no âmbito humanizado e natural da assistência, assim a OMS contempla e endossa em suas recomendações para a assistência ao parto normal, classificados como “condutas claramente úteis e que devem ser encorajadas”.

Cabe ressaltar que esta terapêutica, inclusive, atua secundariamente sob o ambiente, ao passo que busca oferecer equilíbrio dos fatores externos e ambientais que podem intercorrer durante esse processo, visa proporcionar à parturiente conservação de energia preparando-a para uma experiência de viver o trabalho de parto de forma menos agressiva e estressora, caminhando para a naturalidade do processo, protagonizando os desejos dessa mulher em consonância à fisiologia de seu corpo.

3.2 DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO PRÁTICA E TERAPÊUTICA DA AROMATERAPIA NO CONTEXTO OBSTÉTRICO

Um dos maiores desafios encontrados pelo enfermeiro obstétrico no contexto das práticas terapêuticas da aromaterapia permeia no contexto da descoberta das associações capazes de levar conforto e promoção de saúde e bem-estar singularmente

a cada mulher, sejam essas associações variáveis, desde a escolha das terapêuticas a serem combinadas até em que óleos essenciais utilizar em cada situação, sempre na busca de suprir as necessidades da parturiente e seu núcleo familiar.

Outro ponto crucial é a carência de Enfermeiros especializados em aromaterapia atuantes nas unidades pertencentes ao SUS. Apesar de estar em expansão, os estudos apontam que é imprescindível fomentar a pesquisa científica nessa temática, além de incentivar e promover a ampliação dos níveis de capacitação e especialização dos Enfermeiros em terapêuticas não-farmacológicas, a destacar a prática de aromaterapia para favorecer a autonomia destes profissionais e o fortalecimento da assistência não-intervencionista a mulher parturiente, cientificando a sua práxis.

4 CONCLUSÃO

A apropriação do manejo das PICs, em especial a aromaterapia, trazem ao contexto hospitalar tecnologias não-farmacológicas, elevando o eixo da assistência à parturiente ao âmbito da naturalidade e protagonismo da mulher, favorecendo seu empoderamento.

Contudo, ainda há um longo caminho a ser percorrido pela Enfermagem Obstétrica, faz-se necessário a difusão dos benefícios da utilização da aromaterapia no contexto obstétrico, assim como incentivos à educação permanente e estímulos a produção científica para ampliação da implementação de métodos não-medicalizados por parte dos profissionais de saúde, para que no futuro mais instituições de saúde ofereçam tais estratégias na prestação do cuidado, valorizando autonomia, exibindo seus benefícios e garantindo uma terapêutica focada nas necessidades de saúde singulares de cada mulher.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília, DF: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Conselho Federal de Enfermagem (BR). **Resolução COFEN 197/1997**. Estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem. [Internet]. Rio de Janeiro: COFEN; 1997. [cited 2018 May 03]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen1971997_4253.html.

DUDDRRIGE, P. Conduta de Enfermagem durante o trabalho de parto e parto apud RICCI, S.S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2013.

DUARTE, M. *et al.* Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento. **Cogitare Enfermagem**; 24: e54164,2019.

LEEAMAN, L. Conduta de Enfermagem durante o trabalho de parto e parto apud RICCI, S.S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2013.

SILVA, M.F. **Cuidados de enfermagem à mulher com dor do parto: Transformações a partir da pesquisa-ação participativa**. Salvador: UFBA, 2016.

SILVA, M. A. *et al.* Aromaterapia para o alívio da dor durante o trabalho de parto. **Rev. Enferm. UFPE online**, v. 13, n.2, 2019, p.:455-463.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The worldhealth report 2002: reducing risks, promoting healthy life**. World Health Organization, 2002.

ASSISTÊNCIA A PARTOS DOMICILIARES POR ENFERMEIRAS OBSTETRAS

Anne Gabrielle Rocha Moro - ESCS

rocha.anne15@gmail.com Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6094299026848883> ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5541-920X>

Thayná Galvão de Carvalho - ESCS

thaynagalvao56@gmail.com Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0341018480235663> ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1454-2188>

Adriana Simão Magalhães - ESCS

Adriana.magalhaes@escs.edu.br Lattes: [Lattes: http://lattes.cnpq.br/5924260710128890](http://lattes.cnpq.br/5924260710128890) ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1135-9364>

Introdução: O parto é uma prática auto suficiente entre mãe e bebê, fazendo dos profissionais agentes coadjuvantes deste momento e possibilitando partos humanizados com autonomia da díade. Logo, o parto domiciliar e a inserção da enfermeira obstetra na assistência contribuem para a humanização do parto e a diminuição dos índices de violência obstétrica. **Objetivo:** Conhecer a atuação da enfermagem obstétrica na assistência ao parto domiciliar. **Metodologia:** Trata-se de estudo qualitativo de natureza exploratória do tipo descritiva. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco enfermeiras obstetras atuantes na assistência ao parto domiciliar no Distrito Federal. Os dados foram analisados de acordo com análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** O parto domiciliar realizado por enfermeiras é baseado no vínculo, confiança e corresponsabilidade dos indivíduos desse evento familiar, confere segurança, protagonismo e humanização. Contudo, há obstáculos: barreiras interprofissionais e políticas. **Conclusão:** Conclui-se que a atuação da enfermeira obstetra ao parto domiciliar é baseado na assistência humanizada e em evidências científicas que favorecem a autonomia da mulher e o processo fisiológico do parto.

Descritores: Parto domiciliar; Cuidados de enfermagem; Enfermagem obstétrica; Parto humanizado; Autonomia profissional.

Abstract: Childbirth is a self-sufficient practice between mother and baby, making professionals supporting agents of this moment and enabling humanized births with autonomy of the dyad. Therefore, home birth and the insertion of the obstetric nurse in the care contribute to the humanization of childbirth and the reduction of obstetric violence rates. **Objective:** To know the role of obstetric nursing in home birth care. Methods: This is a qualitative, exploratory, descriptive study. Semi-structured interviews were lead with five obstetric nurses working in home birth assistance in the District Federal, Brasília. The data were analyzed according to Bardin's content analysis. Results: Home birth performed by nurses is based on the bond, trust and co-responsibility of the individuals in this family event, providing security, protagonism and humanization. However, there are obstacles: inter-professional and political barriers. **Conclusion:** It is concluded that the performance of the obstetric nurse to home birth is based on humanized care and scientific evidence that favor the autonomy of women and the physiological process of childbirth.

Keywords: Home childbirth; Nursing Care; Obstetric Nursing; Humanizing Delivery; Professional Autonomy

1 INTRODUÇÃO

O domicílio como local apropriado ao parto vem se destacando na atualidade pelo incentivo às boas práticas no parto e pela assistência, essencialmente da enfermagem obstétrica. O exercício profissional na assistência obstétrica baseado em excessivas intervenções e destituída do empoderamento feminino no processo parturitivo impacta diretamente na autonomia feminina (REIS *et al.*, 2017). Frente a essa afirmação é possível sustentar a assertiva de que o parto domiciliar traz autonomia às mães e seus bebês.

O parto domiciliar e a inserção do enfermeiro obstetra em sua assistência contribuem de maneira singular para a humanização do parto e a diminuição dos índices de violência obstétrica que ocorrem no meio hospitalar tendo em vista que a ambientação domiciliar facilita o processo parturitivo, sem práticas invasivas e desnecessárias que comprometam a saúde física e psicológica da parturiente (COSTACOI, 2019). Dessa forma, a enfermagem presta uma assistência digna, auxiliando a mãe e bebê de forma que, desde a ambiência até a assistência sejam veículos facilitadores do parto.

O parto domiciliar é caracterizado pela atenção centrada na mulher, com respeito à sua autonomia, tendo em vista que é realizado por enfermeiras obstetras que acreditam e respeitam a fisiologia, além de confiarem no potencial do corpo feminino (SANTOS; LIMA, 2018). Além disso, o parto domiciliar possibilita a abertura às práticas não tradicionais que são realizadas nas instituições e que podem ser maléficas ao processo de parto e nascimento (REIS *et al.*, 2017), sendo assim, o parto domiciliar, realizado pela enfermagem obstétrica, constitui alternativa de humanização e benefícios a todos os envolvidos neste processo.

O tema explanado neste trabalho tem como foco o parto domiciliar e a inserção da Enfermeira Obstetra em sua assistência, bem como ambos contribuem para a humanização do parto.

Dessa maneira, elabora-se a seguinte questão norteadora: de que forma o Enfermeiro Obstetra atua para prestar uma assistência com boas práticas ao parto domiciliar? E como objetivo: conhecer a atuação da enfermagem obstétrica na assistência ao parto domiciliar.

2 MÉTODO

2.1 DESENHO, LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo (GIL, 2010), de natureza exploratória, do tipo descritivo. Realizado com enfermeiras obstetras atuantes na assistência ao parto em ambiente domiciliar no Distrito Federal de três empresas diferentes, a equipe dessas empresas sendo formada por Enfermeiras Obstetras e Médicas Obstetras, uma das empresas tinha também Pediatra no quadro de funcionários. Essas empresas são responsáveis por pré-natal, partos de risco habitual em domicílio e acompanhamento pré-hospitalar e hospitalar de partos. As entrevistas aconteceram no período compreendido entre os meses de junho e julho de 2020.

2.2 POPULAÇÃO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS ESTUDOS

A população selecionada foi constituída por enfermeiras obstetras atuantes no DF, onde se realizam partos domiciliares. A população foi selecionada por conveniência. Os critérios de inclusão das enfermeiras foram: Enfermeiras Obstetras, atuantes na realização de partos domiciliares com realização de, no mínimo, 20 partos com acompanhamento completo do trabalho de parto, parto e pós-parto. Os critérios de exclusão são: tempo de graduação no curso de enfermagem inferior há três anos.

2.3 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi realizada entrevista individual a partir de roteiro semiestruturado, composto por duas partes, sendo que a primeira com perguntas que abordaram os dados sociodemográficos: idade, renda, habilitações acadêmicas, tempo de atuação, número de postos de trabalho, e se atua na Secretaria de Saúde do DF; e a segunda composta por uma pergunta aberta sobre a atuação do enfermeiro na assistência ao parto normal, as dificuldades e facilidades na prática da enfermagem no parto domiciliar e o vínculo do enfermeiro obstetra com a família no durante o pré-natal, foi elaborada a seguinte pergunta: como é a sua atuação nos partos domiciliares enquanto enfermeira obstetra?

A coleta de dados ocorreu em junho de 2020, em local reservado escolhidos pelas Enfermeiras. As falas foram gravadas e transcritas na íntegra e, para garantir o anonimato, todas foram identificadas por nomes de flores, pois remetem a

naturalidade, evolução singular e autonomia. Seguiu-se a técnica de saturação dos dados para identificar a pouca variância nas narrativas, e assim definir a finalização da coleta (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). As entrevistas foram realizadas por duas estudantes de enfermagem da Escola Superior em Ciências da Saúde, instituição pública do DF e orientada por duas pesquisadoras que possuem experiência com esta estratégia metodológica.

2.4 ANÁLISE DE DADOS

Para o tratamento dos dados qualitativos foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011), de acordo com: pré-análise; exploração do material e o tratamento dos resultados; inferência e interpretação, formando um conjunto de técnicas direcionadas para a comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos descrevendo o conteúdo das mensagens.

A etapa de pré-análise consistiu na transcrição e leitura dos dados coletados. Para a etapa de exploração do material e tratamento dos resultados foi realizado a categorização dos dados em categorias temáticas e subcategorias que abordassem questões semelhantes no qual foram identificadas unidades de significância. Por último, na etapa de inferência e interpretação, a partir dos dados categorizados foram criadas hipóteses e as mesmas foram confirmadas por referências. Foram consultadas as seguintes bases de dados de artigos científicos: Scielo, LiLacs, BVS e PubMed.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu a Resolução 466/2011 que trata sobre as diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos visando assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, pesquisador e Estado. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa do Distrito Federal e recebeu o protocolo de aprovação n. 4.014.032, liberado em 7 de maio de 2020. Os participantes foram informados sobre a pesquisa e garantido que as informações colhidas foram utilizadas apenas para caráter científico. Foi oferecido aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após esclarecimento detalhado sobre o propósito do projeto.

3 RESULTADOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

As enfermeiras participantes desta pesquisa são mulheres, graduadas em enfermagem e especializadas em obstetrícia, sendo três especialistas em Enfermagem Obstétrica, e as outras duas possuem o grau de Mestre. A renda varia entre 5 a 20 salários-mínimos, sendo que quatro participantes são autônomas e trabalham de forma exclusiva em partos domiciliares, e uma é servidora da Secretaria de Saúde do DF. A faixa etária varia entre 29 a 49 anos. Com relação ao tempo de atuação varia entre 3 a 10 anos.

3.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS

O trabalho das enfermeiras obstetras incorpora inúmeros desafios para se consolidar enquanto prática reconhecida, válida e ampliada. As barreiras vão desde entraves profissionais pela dificuldade de espaços de discussão, elaboração de protocolos unificados, colisão com outras categorias profissionais até empecilhos políticos. Apesar disso, a assistência das enfermeiras obstetras se respalda em evidências científicas que conferem segurança à assistência e isso se traduz em desfechos favoráveis ao parto e nascimento. Junto a esses aspectos, a enfermagem obstétrica consolida a sua atenção com base na luta pelos direitos das mulheres.

Para o entendimento das narrativas das enfermeiras, identificou-se duas categorias temáticas: a primeira por “partos domiciliares planejados”, na qual as realizações dos partos domiciliares dependem de fatores externos, internos e fisiológicos; e a segunda categoria temática “prática profissional das enfermeiras obstetras”, na qual a prática depende das potencialidades e fragilidades dessa prática.

Temática 1 - Partos domiciliares planejados

Propõe-se apresentar, nesta temática, o parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras obstetras. Essa modalidade de assistência tem recebido notoriedade por ser uma atuação holística, ter um grau de satisfação maior entre as gestantes, ser um

evento familiar e envolver os diversos atores escolhidos (companheiro, filhos, avós, amigos) para auxiliá-la no processo parturitivo. Esta categoria temática foi organizada de acordo com as seguintes subcategorias: “aspectos externo”, “interno” e “fisiológico”.

A Primeira subcategoria, “aspecto externo”, na qual foi identificada a unidade de significância “ambiência”. Refere-se que o local no qual o parto será realizado faz a diferença e a atuação sóbria e comedida da equipe de enfermeiras possibilita o cuidado voltado à mulher, em seus anseios e perspectivas do parto. A atuação em equipe com enfermeiras, garante segurança e amparo à díade ao fornecerem orientações e auxiliarem nas medidas de conforto a dor durante o parto.

Tem a ver com esse ambiente protegido, onde os pais conseguem se conectar muito mais profundamente com o processo de parto e com o nascimento e com o bebê no seu ambiente, no seu ambiente familiar, então a, a vinculação é diferente, porque eles estão no lugar que eles se sentem protegidos e um lugar familiar. [...] Eles têm liberdade de serem quem eles são (Caliandra).

A gente sempre leva bola, banheiras, estimula o banho né, no chuveiro, faz massagem, tenta exercícios, dependendo de como estiver a posição do bebê, e em que fase do trabalho de parto a gente tiver, a gente vai orientando assim (Bromélia).

Na segunda subcategoria, “aspectos internos”, foram identificadas as unidades de significância “autonomia”, “respeito”, “intimidade”. Assim, refere-se ao protagonismo da díade mãe e bebê ao trabalho de parto e parto bem como ao vínculo e confiança construído entre a família e a equipe durante todo o processo de gestação e que geram maior confiança e respeito dos eventos fisiológicos. Sendo que a primeira unidade de significância “autonomia” reflete que a responsabilidade compartilhada do cuidado inclui a família, capacita com informação e há espaço de diálogo para a tomada de decisão.

Da mesma forma que eu preciso do médico, que eu preciso da fisioterapeuta, da psicóloga, eu trago o pai e a mãe pra dentro da responsabilidade dessa assistência, desse cuidado, ou dos projetos, ou das decisões (Caliandra).

Com relação a segunda unidade de significância “respeito”, reforça-se que o parto domiciliar, assistido por enfermeiras obstetras, promove boas práticas ao nascimento, conferindo, assim, segurança à díade e possibilitando que a fisiologia do parto seja prevalente, assim, ratifica-se o protagonismo da mulher sob vigilância

sensível. Essa atenção pauta-se na humanização, permite a corresponsabilidade e participação ativa de todos envolvidos ao propor intervenções adequadas, consonantes com o planejamento, ao preparar os casais no decorrer do pré-natal, e dessa maneira, é concedido a eles a oportunidade de escolha.

A assistência ao parto domiciliar ela reforça esse cuidado centrado nela, nos desejos dela, na necessidade dela e principalmente com respeito a autonomia de decidir como, com quem, de que jeito ela quer que o bebê dela nasça. Então eu acho que é um respeito, tem uma questão forte de respeito da decisão (Alamanda).

O nosso pré-natal é muito voltado para orientação, pra deixar esse casal empoderado, pra eles saberem tomar decisão baseado em evidências, e a gente como enfermeiro tem um grande papel nisso de levar essa informação, de conseguir passar pra eles o que é o mais seguro, e eles decidirem, fazerem parte do planejamento de saúde deles (Bromélia).

A terceira unidade de significância, “intimidade”, enfatiza que a enfermeira obstetra necessita ter um olhar delicado e conhecer profundamente os casais a qual atende, para reconhecer se há informação e conhecimentos suficientes para embasar a decisão pelo parto domiciliar. É preciso exercer ética profissional para reconhecer os sinais de despreparo e insegurança, pois o parto domiciliar tece a humanização para todos os envolvidos, desde a parturiente até a avó e irmãos das crianças. É sobre respeito e alicerçar a confiança e vínculo.

É durante o pré-natal que a gente entende a verdadeira motivação, porque nem todas as mulheres ou casais que dizem eu quero um parto domiciliar, isso é bem sério que eu vou te falar, nesses anos de experiência minha, eles estão prontos para um parto domiciliar. Às vezes a mulher, ou o casal não se sentem, não querem, não têm desejo do parto domiciliar, mas eles estão prontos, eles estariam prontos, às vezes o casal eles querem querer, querem estar seguros com parto domiciliar, mas não estão e muitos descobrem bem no final (Caliandra).

Na terceira subcategoria, “aspectos fisiológicos”, foram identificadas as unidades de significância “natural” e “vínculo”. Refere-se à vivência da equipe do processo de parir como evento normal em que a díade atua em conjunto possibilitando a fisiologia do parto ocorrer. Para tanto, há construção de vínculo intrínseco entre ambas as partes consolidando a confiança e segurança necessárias para a assistência domiciliar fluir. Dada a naturalidade do parto domiciliar, há a expressão de emoções e sentimentos livremente caracterizando a singularidade do momento.

Com relação a primeira unidade de significância, “natural”, reforça que a assistência da enfermagem obstétrica é discreta e destituída de intervenções desmedidas, pois engloba a humanização das boas práticas que centram o cuidado na mulher e em sua família, e nas evidências científicas atuais que possibilitam a fisiologia do parto ocorrer e um nascimento sadio, pois o parto domiciliar retoma origens, respeita a individualidade viabilizando um parto seguro e fisiológico.

A gente promove as boas práticas quando a gente foge desse modelo que é extremamente intervencionista, centrado no profissional médico e coloca o centro das atenções na mulher, nas necessidades dela. Conhecendo a fundo a fisiologia do parto e sabendo quais são as necessidades básicas de uma mulher que tá parindo e aí respeitando esses tempos, respeitando as coisas que facilitem esse processo fisiológico acontecer (Alamanda).

Com relação a segunda unidade de significância, “vínculo”, reforça que a junção dessa família, unificada nesse momento único e excepcional, transforma-os por meio de uma ligação profunda e valorização da unidade familiar e afetiva. A construção do parto domiciliar envolve o pai, os seus anseios, a sua história e amplifica a sua capacidade de paternar em conjunto. Fortalecer o vínculo afetivo preparando-o mental e emocionalmente para o seu novo papel, quebrando os paradigmas acerca da paternidade.

Trazer essa associação do bebê com a mãe e com o esposo, o marido, o pai do bebê é algo assim essencial para vinculação dos três pra coparticipação do homem e da mulher dentro desse processo e pra vinculação também (Flor-de-maio).

Este bebê já vai tá inserido num casal mais estruturado afetivamente voltado para a criança e não aquele pai que tá preocupado que agora vai ter que trabalhar mais, ou que, né, um pai que tá sozinho na paternidade, nos problemas que ele visualiza, e a mãe naquelas cobranças e no problema que ela tá vivendo, então é um bebê que nasce num ambiente familiar diferenciado, que teve uma história pré-nascimento.” (Caliandra)

Temática 2 - Prática profissional das enfermeiras obstetras

O entendimento desta temática foi possível pelo agrupamento das duas subcategorias: “potencialidades” e “fragilidades”. O parto domiciliar realizado por enfermeiras obstétricas é dotado de diversos tópicos que podem ser de cunho positivo em relação às vantagens tanto para a gestante como para a autonomia da enfermagem,

ou de cunho negativo desde a estigmatização até a não aceitação de alguns profissionais a esta prática.

A primeira subcategoria “potencialidades”, gerou as unidades de significância “segurança” e “atualização”. Refere-se à prática do parto domiciliar baseada em evidências científicas cada vez mais recentes de que o parto realizado por enfermeiras obstétricas proporciona segurança ao processo de pré-natal, parturição e pós-parto com menor número de intervenções e favorecimento da fisiologia do parto.

Com relação a primeira unidade de significância “segurança”, reforça que, desde o pré-natal, faz-se necessário, além de toda avaliação clínica e classificação em risco habitual, subsidiar a deliberação acerca da estratificação de risco e percepção da saúde emocional e da clareza da tomada de decisão da família pelo parto domiciliar. O acompanhamento por enfermeiras ao parto domiciliar confere o empoderamento por meio do partilhar de conhecimentos essenciais à essa nova família. No decorrer do pré-natal são estabelecidos laços, vínculos tendo em vista que a equipe elabora juntamente com a família a estruturação do parto promovendo um cuidado compartilhado e, também, provê suporte emocional e clínico.

Dentro da consulta do pré-natal então a gente vai levantar, saber muito mais do que como tão as taxas de ferro, e dos hormônios dela, o que tá acontecendo no coração, se aquela gravidez foi desejada como que ela tá se sentido grávida, acolher as outras questões emocionais, se aproximar, tá no mesmo nível dela faz a gente ter intimidade e aí faz a gente é, poder ter essa relação, é, essa relação de confiança, esse vínculo estabelecido, e isso facilita demais o parto (Alamanda).

É obrigatório que faça o pré-natal com a gente pra que tenha o parto com a gente, justamente pela questão da responsabilidade compartilhada, então não é só avaliação clínica e emocional não. É todo um compartilhamento de intercorrências, de possibilidades, de riscos, a família tem que estar ciente. Só e escolha se você pode escolher, então se não foi te apresentado opções, não é escolha (Rosa).

Com relação a segunda unidade de significância “atualização”, reforça que a prática segura é baseada em evidências científicas, pois, permite que as informações mais atuais relativas à atuação sejam aplicadas. A assistência obstétrica, pautada por evidências científicas, garante o protagonismo e autonomia da mulher.

Estudando o que tem de novidade, o que tem de evidência científica, porque a ciência, a medicina, a área da saúde, é o tempo todo mudando, o que era bom hoje não vai ser bom amanhã, então a gente tem que tá sempre antenado no

que tem de novo nas práticas, sempre estudando, vendo os artigos (Caliandra).

O entendimento da segunda subcategoria, “fragilidades”, foi possível pelas unidades de significância “barreira” e “intercorrências”. Refere-se aos entraves encontrados pela equipe para a realização de sua atuação autônoma, as barreiras sendo culturais, políticas, de categorias profissionais diferentes que geram atritos e preconceitos com a assistência. Além disso, no pré-natal são elaborados planos de contingência que preveem as possíveis intercorrências e as medidas a serem adotadas para estabilizar à díade e realizar a transferência hospitalar, caso necessário.

Com relação a unidade de significância “barreira”, reforça que, culturalmente no país, o parto natural assistido pela enfermagem e as evidências da segurança dessa assistência são pouco difundidas, isso gera desinformação, resistência e preconceito. Além disto, a falsa ideia de hegemonia perpetuada por algumas categorias profissionais na prática obstétrica gera atritos desnecessários entre as categorias. Há marcada relutância dos serviços em se adequar a legislação e às atualizações que favorecem a atuação da enfermagem de maneira mais autônoma que acarreta até mesmo em relatos de violência obstétrica em transferências maternas. As barreiras profissionais vão desde a escassez de protocolos nacionais e informações consolidadas por órgãos de classe próprios até a desvalorização.

Tem uma questão política, de briga de categoria, de briga por poder, principalmente em relação às entidades médicas, é, e isso faz que a gente tenha entraves por exemplo, a gente tenha dificuldades pra conseguir comprar medicação pro parto domiciliar, a gente tem dificuldade, por mais que a legislação garanta que a gente pode fazer pedido de exames laboratoriais, prescrever medicações que tão dentro dos protocolos do Ministério da Saúde ou dos protocolos da instituição que a gente trabalha, na prática isso não acontece, na prática se eu peço um exame o plano de saúde não cobre, ela, a gente precisa recorrer ao pré-natal médico, mesmo que ela, ela, a gente seja profissional autônomo e tenha isso na lei (Alamanda).

Porque dependendo de como a gente transferir essa mulher, precisar do serviço privado, a gente pode não ser muito bem recebido, ou essa mulher pode sofrer violências por conta disso, ou até mesmo o bebê, então basicamente é isso (Bromélia).

O nosso conselho não tem um departamento, por exemplo, que nos ampare, a gente tem a associação brasileira de enfermagem obstétrica mas é uma coisa muito utópica, tem os encontros, mas não é nada que nos ajude como profissionais. Aliás, enfermeira, a enfermagem é um pouco assim né, eu sinto falta de estar mais juntos, de conhecer outro, de apoiar o outro (Caliandra).

Com relação a unidade de significância “intercorrências”, reforça que, por se tratarem de partos de gestantes de risco habitual, há menor incidência de complicações maternas e neonatais, porém, em casos de intercorrência, a assistência domiciliar prevê recursos e fluxos que são discutidos com a família ao alicerçar o plano de parto domiciliar. A equipe de enfermeiras avalia a necessidade e se há desejo da mulher de transferência, estabiliza a díade, elabora o relatório e acompanha a família até o serviço de saúde para realizar o repasse. As enfermeiras obstétricas reforçam que diante da dor no parto, há intervenções não-farmacológicas que propiciam a superação da dor e a melhor resposta a continuidade do parto.

Quando é uma transferência pós-parto, a gente primeiro estabiliza a mulher ou o bebê, quando os dois estão estabilizados, a gente faz a transferência. A gente faz um relatório de transferência de tudo que aconteceu, os tempos, os horários e as intervenções que já foram realizadas para que possa ser admitida (Rosa).

Olha, a maioria das intercorrências que acontecem em casa, não diria intercorrências, os motivos de transferência, eles são bem tranquilos, porque a gente faz uma monitorização bem rigorosa, então a gente vai acompanhando cada passo da evolução desse trabalho de parto e nos primeiros sinais de desvio da fisiologia, a gente já vai pro hospital (Flor-de-maio).

As nossas transferências, é, a gente já tem alguns casos de transferências, a gente já conversa com isso com o casal antes, e a gente vai pactuar que o hospital mais próximo vai ser dos casos de urgência, que a gente não tem tempo e a gente precisa resolver isso rápido, e os casos de transferência eletiva para o hospital que eles tiverem preferência (Bromélia).

4 DISCUSSÃO

Durante a análise do conteúdo das entrevistas das enfermeiras, foi possível perceber que as participantes reconhecem que o parto domiciliar planejado assistido faz parte de uma construção conjunta com o casal desejoso desta assistência. Os pilares são fundamentados ao longo do pré-natal onde aspectos fisiológicos, emocionais, mentais são discutidas para então ser realizada a estratificação de risco para a eleição do parto em casa, nesse momento também são debatidas as eventuais intercorrências, possibilidades de intervenções e planos de contingência. O cuidado de enfermagem, sendo muito criterioso e abrangente nessa modalidade de atenção, incorpora todas as ações à díade.

A opção pelo parto domiciliar planejado nas regiões urbanas no país ascende da busca pela junção das práticas científicas com as tradicionais relacionadas ao processo

parturitivo (COLLAÇO, 2017). A assistência obstétrica por Enfermeiras aprofunda a humanização ao enfatizar autonomia e corresponsabilidade da família, além de evidenciar as boas práticas ao nascimento e propiciar o apoio profissional a este evento fisiológico. Assim como as potencialidades citadas alguns entraves são identificados, como o preconceito cultural, a estigmatização da prática do parto domiciliar, e a resistência por outras classes profissionais, que dificultam a atuação da enfermagem obstétrica à prática do parto domiciliar e oferecem desconfortos entre as classes profissionais (MATTOS; MARTINS, 2016).

Na primeira temática “Partos domiciliares planejados” foram encontrados estudos congruentes às narrativas das enfermeiras, ao referirem a necessidade de criação de vínculo e a construção de um ambiente físico e emocional favoráveis ao parto domiciliar onde a equipe fornece suporte, medidas para alívio da dor e realiza a avaliação clínica simultaneamente (CASTRO, 2015; CURSINO; BENINCASA, 2020; BOCHNIA *et al.*, 2019).

Outros estudos corroboram com a importância da assistência holística em preconizar o pré-natal abrangente que estimule a corresponsabilidade, dessa maneira, essa ação irá repercutir na autonomia feminina e familiar no parto. Esse vínculo irá refletir no respeito às decisões pactuadas, ao corpo feminino e a fisiologia que se desenrolará. A intimidade edificada nesse processo consolida o fortalecimento do vínculo do casal e aprofunda as relações familiares (COLLAÇO, 2017; CURSINO; BENINCASA, 2020; BOCHNIA *et al.*, 2019; SOUZA *et al.*, 2019).

Ainda na primeira temática apresenta a percepção da equipe de enfermagem referente ao processo de parir e afirma esse momento como um evento natural com o protagonismo centrado na mulher e no seu bebê, o qual favorece a fisiologia do parto. A construção de vínculo entre equipe, parturiente e família consolidam a confiança e segurança e permitem que a assistência seja tranquila e fluida com a certeza de que todas as necessidades físicas e emocionais serão cumpridas e até mesmo superadas (ARAÚJO *et al.*, 2018).

Na segunda temática “Prática profissional das enfermeiras obstetras” as enfermeiras narraram que a atuação da enfermagem obstétrica no parto domiciliar, com relação à promoção e entraves, no decorrer da assistência mais íntima, com a criação de vínculo entre profissionais, parturiente e família, além de ser uma prática baseada em evidências científicas, com ausência da utilização indiscriminada e

desnecessária de intervenções que podem ser prejudiciais ao processo do parto e nascimento (MATTOS; MARTINS, 2016; SOUZA *et al.*, 2019; PRATES *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2018).

Com relação aos entraves encontrados pela equipe de enfermagem na realização de sua atuação autônoma, são incluídas barreiras culturais, políticas, de categorias profissionais diferentes que geram atritos e preconceitos com a assistência ao parto domiciliar. Além da estigmatização ao parto domiciliar as intercorrências obstétricas podem dificultar a continuação do parto domiciliar planejado, e, para isso, durante o pré-natal são elaborados planos de contingência que preveem as possíveis intercorrências e as medidas a serem adotadas para estabilização e realização de transferência hospitalar, caso necessário (SANTOS *et al.*, 2018).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que este estudo cumpriu com o objetivo estabelecido ao conhecer a atuação da enfermagem obstétrica na assistência de boas práticas ao parto domiciliar, e apresentou que a atuação da Enfermeira Obstetra no parto domiciliar envolve uma assistência humanizada, baseada em evidências científicas e alicerçada sob a atenção e autonomia das parturientes em ambiente familiar e confortável com a segurança de um processo de parto e nascimento livre de intervenções desnecessárias e danosas além da garantia da ação rápida e prudente em casos de intercorrências.

REFERÊNCIAS

PRATES, Alende Lisie, et al. Natural nascer em casa: rituais de cuidado para o parto domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3 2018, p.:71.

ARAÚJO, Alane da Silva Clemente, et al. Métodos não farmacológicos no parto domiciliar. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 12, n. 4, 2018, p.1091-1096.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 6.ed. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BOCHNIA, Emilene Ragasson, et al. Atuação do enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado/Performance of obstetric nurses in planned home birth < b. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 18, n. 2, 2019, 18.2.

CASTRO, Cláudia Medeiros de. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo, São Paulo. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, 2015, p. 69-75.

COLLAÇO, Vania Sorgatto, *et al.* O significado atribuído pelo casal ao parto domiciliar planejado, assistido pelas enfermeiras obstétricas da Equipe Hanami. **Texto Contexto Enferm**, v. 16, n. 2, 2017, 26.2: e6030015.

COSTACOI, Tathiana. O incentivo ao parto domiciliar planejado no Brasil e suas fragilidades: uma revisão bibliográfica. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 04, Ed. 05, Vol.01, pp. 62-72, maio de 2019.

CURSINO, Thaís Peggia; BENINCASA, Miria. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, 2020, p. 1433-1444.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, n. 1, 2008, p.: 17-27.

GIL, Antonio. **Como Elaborar projetos de pesquisa**, 5ª Edição, editora Atlas. São Paulo, 2010, 184.

MATTOS, Diego Vieira; VANDENBERGHE, Luc; MARTINS, Cleusa Alves. O enfermeiro obstetra no parto domiciliar planejado. *Revista*, v. 10, n. 2, 2016. p. 568-575.

REIS, Thamiza Laureany da Rosa dos, *et al.* Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, 2017.

SANTOS, Érika Veras Martins; DE LIMA, Carlos Bezerra. Parto domiciliar assistido: abordando a atuação do enfermeiro obstetra. *Revista Temas em Saúde*, v. 18, n. 1, 2017. p. 192-203.

SANTOS, Simone Silva, *et al.* Resultados de partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 8, n. 1, 2018, p. 129-143.

SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula, *et al.* A enfermeira obstétrica no cuidado ao parto domiciliar planejado: revisão integrativa. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 7, n. 3, 2019, p. 357-365.

EFEITOS DA HIDROTERAPIA SOBRE AS ALTERAÇÕES DO ORGANISMO MATERNO DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Adna Mayara de Oliveira Santos

EMCM/UFRN- Escola Multicampi de Ciências Médicas/Universidade Federal do Rio Grande do norte.
Fisioterapeuta Residente Multiprofissional em Saúde Materno Infantil. E-mail:
mayara_oliveira_santos@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3280102268542768>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0802-5179>

Edna Karla Ferreira Laurentino

UNIFIP – Centro Universitário de Patos, E-mail: ednakarlaferreira@hotmail.com, Lattes:
<http://lattes.cnpq.br/8700684601177980>, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9306-0050>

Larissa do Nascimento Silva

EMCM/UFRN- Escola Multicampi de Ciências Médicas/Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Fisioterapeuta Residente Multiprofissional em Saúde Materno Infantil. E-mail:
larissanascimentosilva@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4490592308608134>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7584-7693>

A gestação é um período de grandes alterações e adaptações metabólicas e fisiológicas no organismo materno. A hidroterapia pode ser utilizada como recurso terapêutico no tratamento para alterações, por meio das propriedades físicas da água que facilitam a execução dos exercícios. Objetivou-se identificar os benefícios fisiológicos que a hidroterapia pode proporcionar ao organismo materno. Trata-se de revisão integrativa, realizada a partir de pesquisa de artigos, nas bases de dados Scielo, LILLACS e MEDLINE. Os artigos foram selecionados com base nos títulos e nas datas de publicação. Definiu-se como critérios de inclusão os artigos publicados entre 2017 e 2020, escritos em português ou espanhol, disponíveis na íntegra. Encontraram-se 397 artigos, dos quais cinco foram selecionados. Os estudos selecionados mostraram que a utilização da hidroterapia, durante o período gestacional, apresenta efeitos benéficos, como a diminuição da rigidez arterial, redução significativa de dor pélvica posterior, atenuação de lombalgias, melhora na funcionalidade, aumento da dilatação cervical e de contrações uterinas, quando utilizada durante o trabalho de parto. O método terapêutico se mostra eficaz em atenuar desconfortos advindos de alterações no organismo materno, no decorrer do período gestacional, com efeitos importantes no decurso do trabalho de parto.

Palavra-chave: Hidroterapia, Gravidez, Modalidades de Fisioterapia.

Pregnancy is a period of major changes and metabolic and physiological adaptations in the maternal body. Hydrotherapy can be used as a therapeutic resource in the treatment of changes, through the physical properties of water that facilitate the execution of exercises. The objective was to identify the physiological benefits that hydrotherapy can provide to the maternal body. It is an integrative review, carried out based on articles search, in the Scielo, LILLACS and MEDLINE databases. The articles were selected based on the titles and dates of publication. Inclusion criteria were defined as articles published between 2017 and 2020, written in Portuguese or Spanish, available in full. 397 articles were found, of which five were selected. Selected studies have shown that the use of hydrotherapy during pregnancy has beneficial effects, such as decreased arterial stiffness, significant reduction in posterior pelvic pain, reduced lumbago, improved functionality, increased cervical dilation and uterine contractions, when used during labor. The therapeutic method is effective in alleviating discomfort arising from changes in the maternal organism, during the gestational period, with important effects in the course of labor.

Keywords: Hydrotherapy, Pregnancy, Physiotherapy modalities.

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um período de grandes alterações e adaptações metabólicas e fisiológicas no organismo materno. Tais modificações influenciam direta e indiretamente na qualidade de vida de gestantes. Dentre estas, estão as alterações biomecânicas, posturais, da função respiratória, hemodinâmicas e emocionais (CESTÁRO *et al.*, 2017).

No âmbito da biomecânica, ocorre o deslocamento frontal do centro de gravidade, alterando a postura, principalmente, com a anteversão pélvica, acentuando a lordose lombar e provocando aumento de tensão na musculatura paravertebral da coluna. Com as alterações hormonais do período gestacional, é comum a retenção hídrica e frouxidão ligamentar que causam instabilidade articular na coluna lombar e no quadril, favorecendo o surgimento de lombalgias no período gestacional (CARVALHO *et al.*, 2016).

O sistema circulatório sofre alterações consideráveis, apresentando aumento no volume sanguíneo, no Débito Cardíaco (DC) e na Frequência Cardíaca (FC), além de elevação do consumo de oxigênio e redução na pressão arterial de repouso. O fluxo sanguíneo também sofre adaptações para melhor redistribuição para os órgãos esplênicos (NASCIMENTO *et al.*, 2014). No sistema respiratório, há alargamento do diafragma pelo aumento de volume uterino, podendo ocorrer dispneia. Ocorre, também, o acréscimo de 40% a 50% no volume minuto, aumento no volume corrente, adição de 20% no consumo de oxigênio e 15% na taxa de metabolismo materno (NEPPERENBROEK *et al.*, 2005; CABAR, 2005).

A hidroterapia é utilizada há muito tempo na fisioterapia, tendo como definição o uso da água com propósito terapêutico, utilizando-se das propriedades para atuar sobre os fatores cinesiológicos, fisiológicos e psicológicos, afetando muitos sistemas do organismo de uma única vez, trazendo, assim, benefícios ao organismo humano (MOURA, 2019). A água possui princípios que podem ser divididos em hidrostática e hidrodinâmica, que dizem respeito à análise do comportamento dos líquidos, quando em repouso e movimento, respectivamente. As principais propriedades da água sobre o corpo imerso são: empuxo, densidade, pressão hidrostática, viscosidade, turbulência, refração e tensão superficial (PINTO *et al.*, 2008).

A hidroterapia é comumente utilizada como medida de tratamento para controle do edema, melhora dos desconfortos músculo esqueléticos e relaxamento muscular, tendo em vista as propriedades da água que facilitam os movimentos, tornando o ambiente mais prazeroso para o exercício (SILVA *et al.*, 2017).

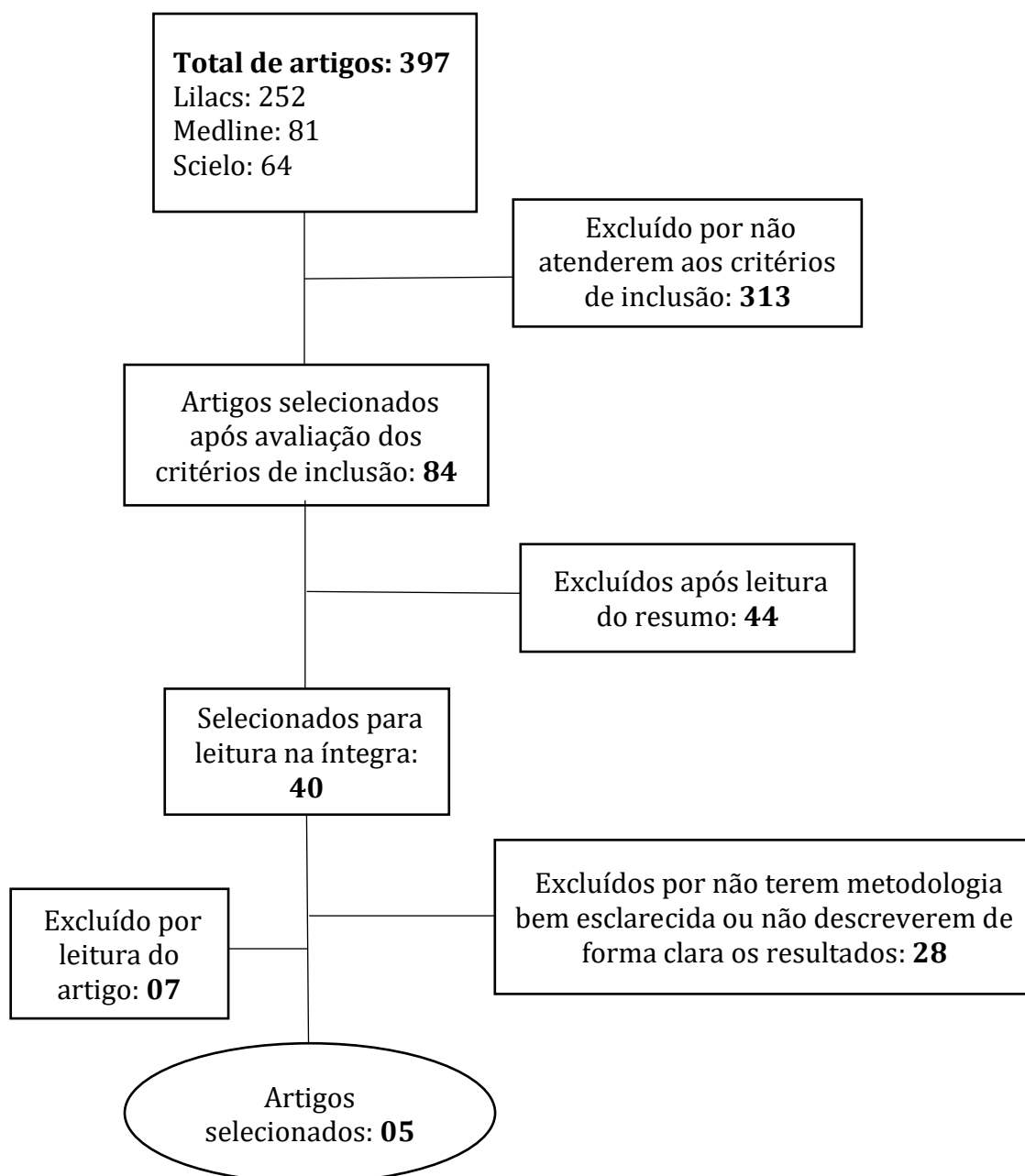
Diante do exposto, objetivou-se identificar os benefícios fisiológicos que a hidroterapia pode proporcionar ao organismo materno.

2 METODOLOGIA

Realizou-se pesquisa de artigos científicos, recorrendo-se às bases de dados Scielo, LILLACS e MEDLINE. Os termos utilizados para busca, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram: Hidroterapia, Gravidez, Modalidades de Fisioterapia. A seleção dos artigos foi procedida com base nos títulos e nas datas de publicação. Mais detalhes estão descritos na Figura 1. Definiram-se como critérios de inclusão: artigos publicados entre 2017 e 2020, escritos em português ou espanhol, disponíveis em integralidade e que abordassem a hidroterapia no período gestacional.

A Figura 1 apresenta o fluxograma, com delineamento da pesquisa, amostra e tratamento dos dados, conforme processo de seleção dos estudos preestabelecidos.

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos artigos pesquisados.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

3 RESULTADOS

O Quadro 1 apresenta a síntese dos estudos incluídos nesta revisão, exibindo autores e anos, tipos de estudo, tamanhos e representatividade da amostra, objetivos e principais resultados.

Quadro 1 – Análise dos artigos sobre hidroterapia, durante o período gestacional.

AUTORES E ANOS	TIPOS DE ESTUDO	AMOSTRAS	OBJETIVOS GERAIS	RESULTADOS
Melo et al. (2019)	Ensaio clínico randomizado-controlado	128 gestantes Idades: 18 a 42 anos. Gestantes de baixo risco.	Analisar os efeitos do banho quente, de exercícios perineais com bola suíça ou de ambos, durante o trabalho de parto, em parâmetros maternos e perinatais.	Após as intervenções, FR materna, dilatação cervical e o número de contrações uterinas apresentaram aumento significativo em todos os grupos sem diferenças intergrupo. Não se constataram diferenças significativas nos parâmetros de FC e PA após as intervenções. A dilatação cervical e o número de contrações uterinas aumentaram significativamente após a intervenção com banho quente. Os dados perinatais não mostraram diferenças significativas na presença de aceleração transitória, variabilidade ou desaceleração bem como no tipo de desaceleração entre os três grupos antes e depois das intervenções. Também Não houve diferença na média do valor de Apgar no 1º e 5º minutos, após o nascimento, por grupo de intervenção, o que demonstra que as condições de nascimento não foram afetadas pela presença dos três métodos não farmacológicos utilizados.
Linhares; Machado; Malachias (2019)	Estudo intervencional do tipo transversal, prospectivo comparativo	36 gestantes: 12 hipertensas (GH) e 24 controles (GC), média de idade de 30,4 ± 4,8 anos, e média de semanas de gestação 29,2 ± 3,3. Gestantes de alto risco e risco habitual, acompanhadas pelo serviço de pré-natal da Santa Casa de Belo	Avaliar o impacto da hidroterapia, uma modalidade de tratamento não farmacológico, sobre a RA de gestantes com HAC.	A hidroterapia promoveu significativa redução do AIx@75 em ambos os grupos. Houve, também, significativa redução da FC, com diferenças de 11 bpm no grupo de hipertensas e de 9,9 bpm no grupo controle. Houve tendência à redução da PAS, após a sessão de hidroterapia, porém sem significância estatística. Não houve diferença significativa entre as medidas realizadas antes e depois da intervenção para as outras variáveis avaliadas. Não foram relatados quaisquer eventos adversos ou desconfortos associados à

		Horizonte (MG), com idades entre 18 e 40 anos, e idade gestacional de 24 a 34 semanas.		realização das sessões de hidroterapia pelas gestantes avaliadas. Demonstrou que uma sessão de hidroterapia é capaz de promover a redução da RA, avaliada pelo $Alx@75$, em gestantes com HAC, de alto risco, no terceiro trimestre da gestação, assim como também reduzir a FC, sem, contudo, reduzir significativamente a PA.
Brito et al. (2019)	Intervencional do tipo transversal	10 gestantes, com faixa etária de 18 a 35 anos, que estivessem entre 13 e 35 semanas de gestação e residentes na cidade de Parnaíba/PI.	Avaliar o comportamento cardiovascular de gestantes, durante o repouso e a fase de relaxamento de um protocolo aquático terapêutico de moderada intensidade.	Não houve diferenças significativas entre os valores de PAS e PAD em repouso, após o protocolo de intervenção. Em relação aos índices da variabilidade de frequência cardíaca (VFC), também não se observou diferença significativa ao comparar o período de repouso e a fase de relaxamento. Dessa forma, os resultados do estudo e achados disponíveis atualmente sugerem que a prática de exercício físico em intensidade moderada no meio aquático é segura, visto que as gestantes apresentaram respostas autonômicas eficientes nas fases pós-exercício.
Cipriano; Oliveira (2017)	Experimental, controlado, prospectivo e comparativo	20 gestantes, sendo 10 no grupo da bandagem (GE) e 10 no grupo da hidroterapia (GC), com idades entre 18 e 39 anos.	Verificar a influência da bandagem elástica no tratamento da dor pélvica posterior e na funcionalidade nas atividades de vida diária de gestantes.	A dor das gestantes do GC em T0 foi de intensidade moderada, passando a intensidade leve em T1 após hidroterapia. O mesmo aconteceu com a incapacidade funcional. No GE, a intensidade da dor inicial foi moderada, passando para quase leve pós-intervenção. A diminuição da dor foi maior nesse grupo que no GC. A melhora da funcionalidade nas gestantes do GE foi superior a encontrada no GC. Concluiu-se que tanto a hidroterapia quanto à bandagem elástica KT - são eficazes para o tratamento da dor pélvica posterior e da funcionalidade em gestantes.

<p>Barros et al. (2018)</p>	<p>Intervencional do tipo transversal</p>	<p>Uma gestante com idade de 21, com 18 semanas de gestação, apresentando queixa de dor lombar.</p>	<p>Evidenciar o efeito da hidroterapia no tratamento da lombalgia no período gestacional, assim como a qualidade de vida e limitações funcionais de gestantes.</p>	<p>Na EVA da primeira avaliação, a paciente relatava grau sete de dor (dor moderada), e após as nove sessões, foi aplicado novamente o questionário e, neste, a paciente relatou que a dor era de grau dois (dor leve). Quando aplicado o questionário McGill, a paciente escolheu uma palavra do grupo dimensão sensitiva, dimensão afetiva, dimensão avaliativa e miscelânea, totalizando 20 palavras, que descrevessem a localização da dor, a intensidade e o comportamento. Enquanto na avaliação final, a paciente relatou não sentir mais dor. No teste de provocação da dor, na primeira avaliação, a paciente relatou sentir muito incomodo e dor, já na avaliação final, a paciente realizou o movimento solicitado sem queixas de dor.</p>
------------------------------------	---	---	--	---

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

4 DISCUSSÃO

Este estudo avaliou o impacto da hidroterapia sobre as alterações no organismo materno, as quais acarretam desconforto e disfunções. Por intermédio desta revisão integrativa, observou-se que a hidroterapia se revelou um procedimento benéfico e seguro para gestantes.

Estudo realizado por Aidar *et al.* (2011) mostrou que as atividades em ambiente aquático apresentaram valores menores de FC pós-exercício, quando comparadas às atividades terrestres, e verificou ainda que a hidroterapia fornece segurança na prática entre gestantes de 16 e 32 semanas de gestação. Outro estudo realizado por Ward *et al.* (2005) avaliou o impacto da hidroterapia em gestantes não hipertensas e como resultado verificaram que não houve mudança significativa na PA, mas redução considerável na PAM, na fase de pós-exercício. Com resultados pouco diferentes, o estudo de Coelho *et al.* (2009), realizado com gestantes não hipertensas, verificou

redução significativa da PAS, PAD e PAM, aos 45 e 60 minutos, após protocolo de exercícios hidroterápicos.

As três pesquisas citadas anteriormente podem contribuir para a ideia de que a hidroterapia não promove comprometimento negativo na hemodinâmica de gestantes e pode, ainda, reduzir parâmetros, como a FC, PAM, PAS, PAD e PAM. Essas diminuições significativas podem ser justificadas com o resultado de Linhares, Machado e Malachias (2019), que segundo a presente revisão, comprovou que a hidroterapia pode atenuar a rigidez arterial e, talvez, por esse fator, haja a diminuição nos parâmetros citados. Tendo isso em vista, a prática da terapia em ambiente aquático pode auxiliar no tratamento de gestantes com pré-eclâmpsia e crescimento intrauterino restrito, devido aos distúrbios hemodinâmicos.

Verificou-se, na pesquisa de Melo *et al.* (2019), que após as intervenções, a dilatação cervical, a FR materna e o número de contrações uterinas aumentaram significativamente em todos os grupos, sem diferenças intergrupo, cujos resultados demonstram que os exercícios pélvicos na bola suíça e o banho quente, quando isolados ou combinados, são seguros devido não apresentarem parâmetros maternos e perinatais adversos.

De semelhante modo, estudo multicêntrico, quase-experimental, de Mallen Pérez (2017), constatou a redução do tempo de dilatação cervical no grupo da hidroterapia, tendo sido este menor em primíparas. Assim, considera-se um método capaz de potencializar as contrações, diminuir o risco de fase ativa prolongada, acelerar a dilatação cervical e reduzir o tempo de trabalho de parto.

Em programa de exercícios que durou 10 semanas, em pesquisa realizada por Kluge *et al.* (2011), houve redução da intensidade da dor lombar, durante o período gravídico. De forma similar, tanto no estudo de Cipriano e Oliveira (2017) quanto no de Barros *et al.* (2018), houve redução do álgico em região lombar, passando de moderado a leve o nível de dor e, conseqüentemente, melhorando a funcionalidade, indicando que a hidroterapia é eficaz no alívio de lombalgias e conseqüente melhoria na qualidade de vida e funcionalidade de mulheres em período gestacional.

5 CONCLUSÃO

A hidroterapia é um recurso fisioterapêutico que, por meio dos princípios físicos da água, proporciona inúmeros benefícios, diante das alterações fisiológicas, biomecânicas e emocionais apresentadas por mulheres no ciclo gravídico e no decurso do trabalho de parto. Desta forma, a hidroterapia pode ser considerada aliada na promoção de bem-estar e qualidade de vida de gestantes, além de promover o alívio da dor e conforto, tornando a gestação mais tranquila e o parto mais natural possível, encorajando, cada vez mais, as mulheres a serem protagonistas do parto e nascimento.

6 REFERÊNCIAS

AIDAR, Felipe José *et al.* Avaliação da frequência cardíaca em gestantes submetidas a atividades aquáticas e terrestres. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 9, p. 20-24, n. 28, 2011.

CABAR, F. R. **Principais temas em obstetrícia para concursos médicos:** para concursos médicos. São Paulo: Medcel, 2005.

CARVALHO, Maria Emília Coelho Costa *et al.* Lombalgia na gestação. **Rev Bras Anesthesiol.**, Campinas, v. 67, n. 3, p. 266-270, 2017.

CESTÁRI, Cláudia Elaine *et al.* Análise das principais alterações posturais e sintomatologias decorrentes do período gestacional. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, n. 8, p. 41-51, 2017.

COELHO, Bethânia Tamara; POLITO, Marcos Doederlein. Efeito agudo de uma sessão de hidroginástica sobre a resposta da pressão arterial em gestantes não hipertensas. **Rev SOCERJ.**, v. 22, n. 2, p.75-79, 2009.

KLUGE, Judith *et al.* Exercícios específicos para tratar a dor lombar relacionada à gravidez em uma população sul-africana. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 113, n. 3, p. 187-191, 2011.

MALLÉN PÉREZ, L. **Efectividad del uso de la hidroterapia en el trabajo de parto.** 2017. 213f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidad de Barcelona, Barcelona, 2017.

MOURA, F. I. **Benefícios da hidroterapia para gestantes na preparação para parto normal.** 2019. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Faculdade Pitágoras, 2019.

NASCIMENTO, Simony Lira do *et al.* Recomendações para a prática de exercício físico na gravidez: uma revisão crítica da literatura. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. 423-431, 2014.

NEPPELENBROEK, Gustavo Antonio *et al.* Investigação do fluxo expiratório máximo em gestantes saudáveis. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 37-43, 2005.

PINTO, Stephanie Santana *et al.* Respostas de frequência cardíaca, consumo de oxigênio e sensação subjetiva ao esforço em um exercício de hidroginástica executado por mulheres em diferentes situações com e sem o equipamento aquafins. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 14, n. 4, p. 357-361, 2008.

SILVA, Helloane Ribeiro *et al.* Benefícios da hidroterapia na lombalgia gestacional: revisão de literatura. **Revista Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos – Universo**, Goiânia, v. 2, n. 3, 2017. Disponível em: <http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=3GOIANIA4&page=article&op=view&path%5B%5D=3999&path%5B%5D=2484> Acesso em: 20 fev. 2020.

WARD, Emily Jayne *et al.* Immediate blood pressure changes and aquatic physiotherapy. **Hypertension in Pregnancy**, v. 24, n. 2, p. 93-102, 2005.

ELABORAÇÃO DE FOLDER EDUCATIVO SOBRE DESEJO SEXUAL HIPOATIVO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Alana Karoline Dantas Araújo

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Escola Multicampi de Ciências Médicas, alanakaroline21@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/0851575585952809> e <https://orcid.org/0000-0003-3897-8656>.

Raiana Carol de Medeiros Dantas

UFRN, Escola Multicampi de Ciências Médicas, raianacarol12@hotmail.com, <http://lattes.cnpq.br/3872156100385995> e <https://orcid.org/0000-0001-8405-8784>.

Sheylla Palmira Pereira Vanderley

UFRN, Escola Multicampi de Ciências Médicas, sheylla.vanderley@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/6788757947851723> e <https://orcid.org/0000-0003-3528-2194>.

Isabelle Canuto Rabelo Barbosa

UFRN, Escola Multicampi de Ciências Médicas, isabellecanuto2014@hotmail.com, <http://lattes.cnpq.br/6485413098337047> e <https://orcid.org/0000-0001-7505-7640>.

Ana Cecília Fernandes Santos

UFRN, Escola Multicampi de Ciências Médicas, anaceciliacaico@gmail.com, <http://lattes.cnpq.br/6160167332504958> e <https://orcid.org/0000-0003-0443-3017>.

Maria Dilma Felizardo Ferreira

FCST – Faculdade Católica Santa Teresinha, dilmafelizardo@hotmail.com, <http://lattes.cnpq.br/1211232995375806> e <https://orcid.org/0000-0003-2143-0889>.

A saúde sexual pressupõe a capacidade das pessoas desfrutarem da própria sexualidade, de forma segura e prazerosa. No entanto, devido à repressão sexual feminina e à desinformação, as disfunções sexuais se mostraram mais comuns entre mulheres. Logo, percebe-se a importância da educação sexual, que empodera a parcela feminina da população e pode ser promovida por tecnologias educativas. Portanto, este trabalho objetiva relatar a elaboração de folder educativo sobre desejo sexual hipotativo em mulheres. Trata-se de relato de experiência acerca da construção de um folder educativo por discentes de Curso de Medicina, embasada por revisão de literatura. Mediante reuniões remotas, selecionou-se o material utilizado e realizou-se a montagem gráfica. Os artigos consultados abordavam desejo sexual hipotativo em mulheres, disfunções sexuais femininas, climatério, menopausa e tratamento. O folder será distribuído após validação e, para didatizar, foi organizado em perguntas e respostas. O estudo teórico mostra o potencial das tecnologias educativas na educação em saúde e o silenciamento da sexualidade feminina, corroborado pelo tabu social existente. Deste modo, buscou-se abordar causas e orientações sobre o tema, para desmistificá-lo. Espera-se, portanto, que a disseminação do folder contribua para o esclarecimento de dúvidas e fomenta o diálogo sobre sexualidade feminina entre profissional-paciente.

Palavras-chave: Sexualidade, Promoção da Saúde, Disfunções Sexuais Psicogênicas.

Sexual health presupposes the ability of people to enjoy their sexuality in a safe and pleasant way. However, due to female sexual repression and misinformation, sexual dysfunctions were more common among women. Soon, the importance of sex education is perceived, which empowers the female portion of the population and can be promoted by educational technologies. Therefore, this work aims to report the development of an educational folder on Hypoactive Sexual Desire in women. This is an experience report about the construction of an educational folder by medical students, based on a literature review. Through remote meetings, the material used was selected and the graphic assembly was carried out. The articles consulted addressed hypoactive sexual desire in women, female sexual dysfunction, climacteric, menopause and treatment. The folder will be distributed after validation and, for teaching purposes, it was organized in questions and answers. The theoretical study shows the potential of educational technologies in health education and the silencing of female sexuality, corroborated by the existing social taboo. Thus, we sought to address causes and guidelines on the topic, to demystify it. Therefore, it is expected that the dissemination of the folder will contribute to the clarification of doubts and foster dialogue on female sexuality between professional-patient.

Keywords: Sexuality, Health Promotion, Sexual Dysfunctions Psychological.

1 INTRODUÇÃO

A saúde sexual é a habilidade de homens e mulheres desfrutarem e expressarem a própria sexualidade, o que possibilita a manutenção de uma vida sexual informada, agradável e segura (HERA, 1999). Deste modo, é preciso considerar que o sexo é uma função biológica importante para o bem-estar emocional e físico, sendo direito e capacidade de todos sentir prazer sexual. No entanto, devido à histórica repressão sexual feminina, as disfunções sexuais, apesar de poderem ser manifestadas em ambos os sexos, são mais prevalentes entre as mulheres, interferindo diretamente na qualidade de vida destas (LARA *et al.*, 2019; LARA *et al.*, 2008).

Dentre as disfunções sexuais, a mais recorrente é o Desejo Sexual Hipoativo (DSH), que se caracteriza pela ausência ou diminuição, de forma persistente e recorrente, de fantasias sexuais e desejo de ter atividades sexuais (KINGSBERG; WOODARD, 2015; DSM-IV, 1994). As mulheres com esse distúrbio têm pouco interesse em buscar estímulos, mas, geralmente, possuem a habilidade de atingir o orgasmo, uma vez estimuladas sexualmente (TRINDADE; FERREIRA, 2008).

Salienta-se que houve a união dos transtornos de desejo sexual aos transtornos de excitação femininos, resultando na nomenclatura Transtorno de Interesse e Excitação Sexual Feminino, conforme a última versão revisada do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), conhecida como conforme o DSM-V (APA, 2014), porém o termo desejo sexual hipoativo continua sendo encontrado na literatura. Isso aconteceu devido a estudos sugestivos de que as fases de desejo e excitação apresentavam distinções confusas, e que o transtorno seria causado pela incapacidade tanto de um desejo inicial quanto de excitação durante a relação sexual (BASSON, 2001; BEREK, 2014).

De acordo com estudo envolvendo 4.753 ginecologistas brasileiros, essa queixa estava entre os principais motivos de procura por consultas (ABDO; OLIVEIRA JÚNIOR, 2002). Outra pesquisa apontou, ainda, que o DSH acomete cerca de 77% das mulheres na pré-menopausa (BERMAN *et al.*, 2003). Apesar de tão frequente, apenas uma minoria das mulheres tem iniciativa para buscar ajuda médica e discorrer sobre as dificuldades sexuais, uma vez que os próprios ginecologistas mostram relutância em questionar sobre a função sexual de pacientes (SMITH *et al.*, 2007).

A etiologia do DSH é multifatorial, podendo estar relacionada com fatores hormonais, uso de medicamentos, como alguns anticoncepcionais, e elementos psicobiológicos, como experiências negativas e repressão sexual. A desinformação, também, é associada às causas de DSH, sendo particularmente preocupante, pois pode perpetuar sentimento de culpa e vergonha, prejudicando ainda mais o acesso à saúde (MOREIRA, 2017).

Logo, a educação sexual adequada desponta como essencial no combate à hipoatividade do desejo sexual, pois, além de informar, evita a propagação de tabus e repressões sociais, podendo ser considerada o passo inicial no tratamento de qualquer queixa sexual com disfunção (LARA *et al.*, 2019).

A educação em saúde pode fornecer autonomia e empoderamento a mulheres, para que possam tomar decisões de forma consciente, tornando-se ativas na busca por uma vida mais saudável, a partir de conhecimentos que forem oferecidos e ensinados, o que alicerça a promoção da saúde, por meio da participação da população (MOREIRA, 2017).

Nesse sentido, materiais educativos são desenvolvidos e empregados como ferramenta de trabalho para equipe multidisciplinar, sendo compreendidos como recurso informativo, simples e convidativo (ECHER, 2005). Dessarte, as tecnologias educativas, como manuais, folhetos, *folders*, livretos, álbum seriado e cartilhas, são opções comprovadamente viáveis para sensibilizar e instruir a população (MOURA, 2017).

Dessa forma, é fundamental a inclusão dessas tecnologias como instrumentos na promoção da saúde, pois são aliadas dos profissionais e facilitam a transmissão dos conhecimentos, tornando os pacientes coparticipantes dos cuidados a eles destinados (BARROS *et al.*, 2012). Portanto, objetivou-se descrever a experiência frente à elaboração de *folder* educativo sobre desejo sexual hipoativo em mulheres.

2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado a partir do processo de criação de *folder* educativo sobre desejo sexual hipoativo em mulheres, como produto da disciplina Medicina e Comportamento Humano. Esse componente curricular foi ofertado no Curso de Graduação em Medicina, da Escola Multicampi de

Ciências Médicas, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN), situada em Caicó, Rio Grande do Norte, por meio da modalidade remota, durante o período suplementar que aconteceu entre junho e julho de 2020.

Dentre os objetivos da disciplina supracitada, cita-se entender o processo de formação do desenvolvimento pessoal e social do ser humano, além de ampliar a compreensão dos comportamentos dos indivíduos frente às experiências de vida. Desta forma, para o projeto, buscou-se entender as reações, causas e atitudes acerca do tema escolhido.

Para isso, procedeu-se à revisão de literatura, a qual promoveu aos discentes o conhecimento necessário para seleção dos assuntos que representam, entre as mulheres, maior tabu sobre desejo sexual hipoativo. Em seguida, o *folder* educativo foi desenvolvido.

3 RESULTADOS

O projeto para elaboração do material educativo ocorreu de forma integralmente remota, tendo em vista o cenário atual em que os discentes da EMCM/UFRN estavam inseridos, devido à pandemia da COVID-19. Realizaram-se duas reuniões, sendo a primeira para seleção do material que seria utilizado para construção do *folder* e a segunda para montagem gráfica deste recurso.

O *folder*, intitulado “O que não te contaram sobre sexualidade feminina”, foi elaborado mediante revisão da literatura, em que se incluíram artigos que tivessem abordagem temática voltada para o desejo sexual hipoativo em mulheres, disfunções sexuais femininas, climatério, menopausa e métodos de tratamento voltados para as disfunções sexuais. Após maior propriedade sobre a temática e tendo em vista os desafios existentes, como a questão do próprio tabu social em tratar da sexualidade com as mulheres, usou-se a estratégia para tornar o material mais didático. Para isso, as informações foram compiladas em forma de perguntas e respostas, conforme Quadro 1, que descreve os títulos dos tópicos utilizados nas seções que compuseram o *folder* educativo, bem como a principal abordagem em cada seção.

Quadro 1 – Títulos das seções e descrições dos conteúdos abordados no *folder*

<i>Títulos</i>	<i>Abordagens centrais</i>
Você sabe o que é Desejo Sexual Hipotativo nas mulheres?	Caracteriza a disfunção sexual e como as mulheres são acometidas.
Quais as causas da diminuição do desejo sexual?	Descreve em tópicos os fatores biopsicossociais que desencadeiam o desejo sexual hipotativo.
Existem grupos que são mais atingidos pela diminuição do desejo sexual?	Revela os grupos mais afetados pela disfunção sexual.
O que acontece com o corpo durante o climatério?	Caracteriza o período e os sintomas mais comuns nessa fase.
O que acontece com o corpo durante a menopausa?	Caracteriza o período e como ele afeta a vida sexual feminina.
Esses fatores me tornam menos mulher?	Aborda a valorização da mulher e normatiza as mudanças que ocorrem nesse período.
Qual o tratamento para o Desejo Sexual Hipotativo?	Indica as principais ações para início do tratamento.

Fonte: autoria própria, 2020.

Além desses tópicos apresentados no Quadro 1, o *folder* contou com espaço destinado a ressaltar a importância da educação em saúde no processo de promoção à saúde feminina.

Diante do exposto, o resultado deste trabalho desenvolvido se encontra ilustrado nas Figuras 1 e 2. Para alcançar o objetivo principal: compartilhar essa tecnologia educativa com as mulheres, o *folder* passará por processo de validação, por meio da análise de profissionais capacitados na temática, para que, posteriormente, possa ser distribuído.

Figura 1 – Folder sobre desejo sexual hipoativo.

Esse fator me torna menos mulher?

NÁDI A sociedade atual sempre padroniza as mulheres e valoriza a jovialidade, o que pode reduzir fortemente a autoestima das mulheres pós-menopausa, que veem essa fase como um marco do envelhecimento. Além disso, a visão da mulher unicamente como mãe leva a uma valorização de sua fase reprodutiva e desvalorização da não reprodutiva. Por isso é importante compreender que essas mudanças são completamente normais, sendo necessário saber como o seu corpo funciona nessa nova fase da vida para se readaptar, pois elas continuam sim a sentir prazer e não devem deixar de demonstrar amor e sexualidade. A autovalorização e autoestima são fundamentais para o resgate do bem-estar e da vida longa, digna e saudável.


Qual o tratamento para o Desejo Sexual Hipoativo?

O primeiro passo para iniciar o tratamento é identificar a causa envolvida nessa condição.

Não ter vergonha de passar informações para o profissional de saúde sobre essa temática é de bastante importância para conseguir orientação adequada por parte do profissional de saúde e, assim, conseguir melhorar a diminuição do desejo sexual.

Educação em saúde: Um dos melhores recursos para a saúde feminina.

Os profissionais de saúde envolvidos na Educação em Saúde são os que mais contribuem para um maior cuidado pessoal, mudança de crenças negativas e respeito do envelhecimento feminino e esclarece dúvidas sobre o climatério e a menopausa.



REFERÊNCIAS

ALVES, Estela Rodrigues Paiva et al. Produção científica sobre a sexualidade de mulheres no climatério: revisão integrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2637 - 2649, 2015.

FREITAS, Eduarda Rozende, et al. "Educação em saúde para mulheres no climatério: impactos na qualidade de vida" *Reprodução & Climatério* 31.1 (2016): 37-43.

HATHERLY, Rogério Netto. Desejo sexual hipoativo na mulher climatérica. Orientadora: Fabiane Muniz. 2017. Monografia (especialização em Sexualidade Humana) - Universidade Cândido Mendes, Minas Gerais, 2017. Disponível em: https://www.uvm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/postgradua/54035.pdf. Acesso em 22 jul. 2020.

JACOB, Lia Maristela da Silva; et al. Creation and validation of an educational booklet on the Hypertensive Pregnancy Syndrome. *International Archives of Medicine*, p. 1-8, 2016.

LARA, L. A. DA S.; et al. Abordagem das disfunções sexuais femininas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetícia*, v. 30, n. 6, p. 312-321, 2008.

MOREIRA, Antanda da Silva. Elaboração de uma tecnologia educativa para promoção da sexualidade. 2017. 47f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Ciências da Saúde, Sinop, 2017.

SANTOS, R. S.; OLIVEIRA, C. M. Disfunção sexual na mulher: uma abordagem prática. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, v. 31, n. 5, p. 351-353, 2015.


SHIFFRIN, J. L. Overview of sexual dysfunction in women. *Management*, UpToDate, p. 1-30, 2018. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-sexual-dysfunction-in-women-management/print?source=history_widget. Acesso em 22 jul. 2020.

VALENÇA, Cecília Nogueira et al. Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 273 - 286, 2010.

Autoras:
Alana Karoline Dantas Araújo - Graduanda do 2º Período da Medicina - Escola Multicampi de Ciências Médicas / UFRN
Raiana Carol de Medeiros Dantas - Graduanda do 2º Período da Medicina - Escola Multicampi de Ciências Médicas / UFRN
Sheyla Patrícia Pereira Vandonley - Graduanda do 2º Período da Medicina - Escola Multicampi de Ciências Médicas / UFRN

Professoras Colaboradoras:
Profª Dra. Maria Dilma Felizer do Ferreira- Psicóloga (EMCM/UFRN)
Profª Dra. Lia Maristela da Silva Jacob- Enfermeira Obstetra (EMCM/UFRN)

Escola Multicampi de Ciências Médicas



O que não te contaram sobre sexualidade feminina.





Figura 2 – Folder sobre desejo sexual hipoativo.

Você sabe o que é Desejo Sexual Hipoativo nas mulheres?

É um tipo de disfunção sexual caracterizada pela diminuição do desejo de ter atividade sexual. Esse é um relato bastante frequente nas mulheres de diversas faixas etárias, porém é mais comum principalmente com o avançar da idade.

Geralmente o Desejo Sexual Hipoativo nas mulheres gera acentuado sofrimento pessoal e sentimento de culpa, pois muitas não sabem os diversos fatores que podem levar a essa disfunção.

Quais as causas da diminuição do desejo sexual?

Existem um conjunto muito diverso de causas para essa disfunção. Vamos conhecer alguns?

- Relacionamentos conflituosos, infidelidade, divórcio, timidez, preocupações com a imagem corporal, relacionamentos duradouros sem mudança na rotina;
- Falta de conhecimento do próprio corpo, ou seja, a mulher não conhece as regiões do seu corpo que estimulam o desejo sexual;
- Estresse cotidiano e cansaço;
- Falta de um ambiente adequado que garanta privacidade, segurança e conforto para relação sexual;
- Fatores psicológicos como ansiedade e depressão;
- Doenças crônicas como: diabetes, insuficiência adrenal ou renal crônica, desordens hipotálamo-hipófise;
- Uso de alguns medicamentos como: antidepressivos, anticoncepcionais, diuréticos, anti-hipertensivos;
- Histórico de abuso sexual, coerção sexual;

• Fatores biológicos que estão correlacionados com a produção de hormônios na mulher;

• Fatores culturais como questões morais, crenças religiosas.

Existem grupos que são mais atingido pela diminuição do desejo sexual?

Sim! Com o surgimento do climatério e da menopausa muitas mulheres sofrem com diminuição da autoestima e do libido. Porém, isso não significa que somente esse grupo é atingido. Para saber isso, devemos conhecer os diversos fatores que podem estar envolvidos.

O que acontece com o corpo durante o climatério?

Climatério é o período que antecede o fim da vida reprodutiva, podendo ter sua extensão variada de mulher para mulher.

Menopausa é o cessar da menstruação.

Durante essas duas fases, muitas mudanças hormonais e físicas ocorrem no corpo da mulher e o desconhecimento destas pode levar ao sofrimento psicológico e à sensação de culpa.

O que acontece com o corpo durante a menopausa?

Durante a menopausa, há a diminuição de um hormônio feminino chamado estrogênio, tornando lenta a lubrificação vaginal e ocasionando ainda a atrofia vaginal, o que pode levar a dor antes, durante ou após o ato sexual, ou até infecções e inflamações na bexiga. Esses fatores podem levar a diminuição do desejo sexual. Essa fase também aumenta as chances de fraturas ósseas nas mulheres.

Climatério

Menopausa

Fonte: autoria própria, 2020.

4 DISCUSSÃO

Ao tomar como referência o processo de desenvolvimento do *folder*, por meio da etapa de estudo teórico, percebeu-se que as tecnologias de educação em saúde, como folhetos, guias de assistência, *folders*, cartilhas, são ferramentas fundamentais para promoção à saúde. Na busca por alcançar esse objetivo, é importante o uso de linguagem simples e objetiva, além de estratégias nas quais consigam chamar a atenção do leitor, com intuito de possibilitar a compreensão das informações repassadas. O Sistema Único de Saúde (SUS) faz uso dessas técnicas, o que contribui para disseminação do conhecimento e favorece a apropriação dos sujeitos no envolvimento do cuidado com a saúde, contribuindo para autonomia do autocuidado (ECHER, 2005).

Em pesquisa metodológica de elaboração de aplicação de cartilha sobre sexualidade, realizada em Sinop-MT, Brasil, entre 2016 e 2017, mostrou que o uso dessa tecnologia educativa contribuiu para que as mulheres adquirissem mais confiança nas consultas ginecológicas, facilitando maior liberdade para falar sobre aspectos sexuais (MOREIRA, 2017). Isso enfatiza o potencial atrelado ao uso das tecnologias educativas na promoção à saúde, haja vista que, muitas vezes, a sexualidade, ainda, não é tratada biopsicossocialmente.

Assim, enfatiza-se que a sexualidade envolve vasta definição, que engloba a questão do sexo biológico, gênero, orientação sexual, prazer, intimidade e reprodução. Além disso, estes podem ser influenciados por fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, religioso, entre outros, o que evidencia o aspecto multifatorial, os quais podem estar envolvidos (WHO, 2007).

Embora desde 1984 o Ministério da Saúde tenha elaborado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual ano depois foi implementado e que visava promoção da saúde feminina de forma integral, até hoje passa por dificuldades de execução (BRASIL, 2011). Tal fato pode ser verificado ao perceber que há priorização em alguma parte dos temas voltados para sexualidade, como a reprodução, deixando silenciados diversos outros aspectos que a engloba. Assim, a elaboração de *folder* sobre desejo sexual hipotativo é uma das formas de trazer à tona informações que, na maioria das vezes, ainda são desconhecidas mediante o tabu social que ainda surge como barreira para tratar sobre sexualidade com tantas mulheres.

O tabu social permeia a sexualidade desde tempos antigos, na qual a mulher era vista em condição de inferioridade frente ao homem e sem autonomia sobre o próprio corpo, questão fomentada, muitas vezes, pela igreja, em que aquela que se afastasse dessa ideologia era vista como desonesta (DE OLIVEIRA, 2018). A sexualidade, a feminina em especial, foi e ainda é, apesar de atualmente viver-se sob outros padrões de moral, ética e comportamento, objeto de interdição em vários campos. Isto porque o processo de formação da nossa sociedade recebeu potencial influência da sociedade ocidental europeia que, pautada na ética e moral do Cristianismo, concebeu o corpo e o sexo como lugar de interditos (TRINDADE; FERREIRA, 2008).

Durante séculos, o sexo tinha valor apenas reprodutivo para as mulheres, no entanto, a entrada destas no mercado de trabalho proporcionou não apenas a

compreensão sobre seus direitos, como também a clareza de que a sexualidade não se baseia apenas na reprodução. Somado a isso, a descoberta do anticoncepcional resultou em grandes transformações, as quais permitiram o controle da natalidade e autonomia. Com isso, as mulheres passaram a poder separar sexo de reprodução (PEDRO, 2003).

Com base nisso, ao ponderar que as causas do desejo sexual hipotativos são multifatoriais, e podendo ser a falta de conhecimento do próprio corpo uma delas, mediante, ainda, a perpetuação do tabu social existente quanto a essa temática, o *folder* intitulado “O que não te contaram sobre sexualidade” citou, como ponto crucial, as principais causas relacionadas com esse tipo de disfunção sexual, as quais, muitas vezes, são desconhecidas pela maioria das mulheres de diversas faixas etárias.

Além disso, enfatizar que existem fases da vida as quais são suscetíveis ao processo fisiologicamente natural que influencia no desejo sexual, como o climatério e a menopausa, foi um elemento de crucial importância, com intuito de ressignificar tal ciclo. No entanto, a diminuição do desejo sexual nessa etapa de vida da mulher não é sinônimo de perda da libido. Porém, a ausência de informação adequada faz com que, muitas vezes, essa passagem seja percebida como sinônimo de velhice, improdutividade e fim da sexualidade (VALENÇA; NASCIMENTO FILHO; GERMANO, 2010). Por isso, o *folder* também enfatizou que essa fase da vida não a tornará “menos mulher”, mas será um período de novas readaptações.

Ademais, destacar a relevância da busca por um profissional de saúde foi outra questão relevante presente no *folder*, a fim de enfatizar que esse deve ser o primeiro passo para o tratamento. Além disso, o diálogo e a perda de vergonha são fatores essenciais nessa abordagem, em prol de que a conduta mais adequada seja alcançada. Para isso, a capacitação do papel do médico em técnicas para inquirir sobre queixas sexuais é algo importante, haja vista que a grande maioria das mulheres afirmam que gostariam que os ginecologistas fossem mais capacitados no manuseio para identificar dificuldades sexuais (MARTINEZ, 2008).

Por fim, nesse cenário, destaca-se que a educação em saúde se apresenta como importante recurso que promove a saúde de mulheres (GARCIA *et al.*, 2010), posto que a equipe multiprofissional, envolvida na Educação em Saúde, contribui para um maior cuidado pessoal, mudança de crenças negativas a respeito do envelhecimento feminino e esclarece dúvidas sobre o climatério e a menopausa (DE LORENZI;

BARACAT, 2005). Em resposta a isso, a criação e o incentivo a grupos de Educação em Saúde se mostra como uma maneira de desenvolver ações de educação em saúde, tendo em vista que os componentes da equipe favorecem a criação de ambiente seguro para troca de informações e aprendizado entre mulheres e profissionais (FREITAS *et al.*, 2016).

5 CONCLUSÃO

O relato descreveu o processo de elaboração de um *folder* educativo sobre desejo sexual hipoativo em mulheres, tendo como enfoque a discussão sobre definição, causas, tratamento e a correlação com a menopausa e o climatério. Diante disso, ao considerar os benefícios e a efetividade que a elaboração de tecnologias educativas traz para a sociedade e os serviços de saúde, espera-se que o *folder*, com abordagem temática voltada à saúde sexual feminina, seja disseminado, de forma impressa e virtual, após o processo de validação. Desta forma, poderá atuar como contribuinte para o esclarecimento de possíveis dúvidas e elo para iniciar diálogos sobre sexualidade feminina, desejo e prazer, sem tabu, entre profissional-paciente.

Diante da importância desse tema para manutenção da qualidade de vida de mulheres, sugerem-se novas pesquisas voltadas para essa problemática, bem como novos estudos que tenham como intuito elaborar e validar tecnologias de educação, as quais são identificadas como ferramentas fundamentais para promoção da saúde da mulher e a interface com o desejo sexual e o prazer no climatério e na menopausa.

6 REFERÊNCIAS

ABDO, Carmita Helena Najjar; OLIVEIRA JUNIOR, Waldemar Mendes de. O ginecologista brasileiro frente às queixas sexuais femininas: um estudo preliminar. **RBM: Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 179–186, 2002.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-IV**. 4. ed. Washington: APA, 1994.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARROS, Edaiane Joana Lima *et al.* Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 95–101, 2012.

BASSON, R. Human sex-response cycles. **Journal of Sex & Marital Therapy**, [s.l.], v. 27, n. 1, p. 33–43, 2001.

BEREK, Jonathan S. **Berek e Novak**: Tratado de Ginecologia. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

BERMAN, Laura *et al.* Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. **Fertility and Sterility**, [s. l.], v. 79, n. 3, p. 572–576, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Textos Básicos de Saúde. **Adolescentes e jovens para a educação entre pares**: sexualidades e saúde reprodutiva. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

DE LORENZI, Dino Roberto Soares; BARACAT, Edmund Chada. Climatério e qualidade de vida. **Femina**, p. 899-903, 2005.

DE OLIVEIRA, Edicleia Lima. História da sexualidade feminina no Brasil: entre tabus, mitos e verdades. **Revista Ártemis**, v. 26, n. 1, p. 303, 2018.

ECHER, Isabel Cristina. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 754-757, 2005.

FREITAS, Eduarda Rezende *et al.* Educação em saúde para mulheres no climatério: impactos na qualidade de vida. **Reprodução & Climatério**, v.31, n.1, p.37-43, 2016.

GARCIA, Francisco A.R. *et al.* Progresso e prioridades na saúde de mulheres e meninas: uma década de avanços e desafios. **Journal of Women's Health**, v. 19, n. 4, p. 671-680, 2010.

INTERNATIONAL WOMEN'S HEALTH COALITION. Health, Empowerment, Rights & Accountability (HERA). **Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres**: ideias para ação. New York: HERA, 1999. Disponível em: www.iwhc.org/hera. Acesso em: 01 set. 2020.

KINGSBERG, Sheryl A.; WOODARD, Terri. Female sexual dysfunction: focus on low desire. **Obstetrics and Gynecology**, v. 125, n. 2, p. 477–486, 2015.

LARA, Lúcia Alves da Silva *et al.* Abordagem das disfunções sexuais femininas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 312–321, 2008.

LARA, Lúcia Alves da Silva *et al.* Tratamento das disfunções sexuais no consultório do ginecologista. **Feminina**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 66-74, 2019.

MARTINEZ, Lisa. More education in the diagnosis and management of sexual dysfunction is needed. **Fertil Steril**, v.89, n.4, p.1035, 2008.

MOREIRA, Amanda da Silva. **Elaboração de uma tecnologia educativa para promoção da sexualidade**. 2017. 47 f. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Mato Grosso, Sinop, 2017.

MOURA, Ionara Holanda de *et al.* Construção e validação de material educativo para prevenção de síndrome metabólica em adolescentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2934, 2017.

PEDRO, Joana Maria. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 23, nº 45, p. 239-260 – 2003.

SMITH, Lizette J. *et al.* Sex after seventy: a pilot study of sexual function in older persons. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 4, n. 5, p. 1247–1253, 2007.

TRINDADE, Wânia Ribeiro; FERREIRA, Márcia de Assunção. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 417–426, 2008.

VALENCA, Cecília Nogueira; NASCIMENTO FILHO, José Medeiros; GERMANO, Raimunda Medeiros. Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. **Saúde Soc.**, v.2, n.19, p.273-285, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexual health**. WHO: Switzerland, 2007. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/. Acesso em: 05 set. 2020.

IMPLANTAÇÃO DE SALA DE ESTABILIZAÇÃO NO SETOR OBSTÉTRICO EM UM HOSPITAL DE RISCO HABITUAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Mario Hélio Antunes Pamplona

EMCM/UFRN – Escola Multicampi de Ciências Médicas. Enfermeiro Residente Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil. E-mail: mario-helio@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2287307368941336>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5599-0572>.

Wesley Queiroz Peixoto

EMCM/UFRN. E-mail: queiroz1q@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2321166355935276>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8951-3627>.

Larissa do Nascimento Silva

EMCM/UFRN. E-mail: larissanascimentosilva@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4490592308608134>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7584-7693>.

José Isaul Pereira

EMCM/UFRN. E-mail: isaulpsico@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7387994292184768>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5027-0434>.

Polyana Lorena Santos da Silva

EMCM/UFRN. E-mail: polyanalorena89@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8994749096169203>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1753-7966>.

Lia Maristela da Silva Jacob

EMCM/UFRN. Docente da EMCM/UFRN e UERN-Caicó. E-mail: lia_maristela@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6108519374402561>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4168-4333>.

OBJETIVO: Este trabalho teve como objetivo discorrer sobre a implantação de uma sala de estabilização no setor obstétrico de um hospital maternidade de risco habitual do Seridó Potiguar.

MÉTODO: Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, vivenciado por uma equipe multiprofissional juntamente com integrantes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil.

RESULTADOS: A implantação da sala de estabilização é vista como ferramenta organizacional do serviço, que necessita de rápida tomada de decisão, pois se trata de um local planejado para prestação de assistência imediata a pacientes em estado de saúde semicrítico e/ou crítico. Antes da implantação da sala, os atendimentos de urgência eram realizados nas enfermarias conjuntas, fator agravante para o desempenho profissional pela falta de ambiência e espaço necessário. **CONCLUSÃO:** Com o advento da sala de estabilização nesse cenário, ocorreram mudanças expressivas na qualidade do serviço prestado. Além disso, sugere-se a criação de um Núcleo de Educação Permanente (NEP) a fim de favorecer o aperfeiçoamento profissional por meio de elaboração de simulação realística, discussão de caso e a criação de protocolos assistenciais, qualificando as equipes para atuarem de maneira resolutiva em urgência/emergência até a regulação para os serviços de referência especializada.

Palavras-chave: Saúde materna, Emergências, Assistência hospitalar, Residência não médica.

OBJECTIVE: This study aimed to discuss the implementation of a stabilization room in the obstetric sector of a hospital at usual risk in Seridó Potiguar. **METHOD:** This is a descriptive study of the experience report type, experienced by a multiprofessional team together with members of the Multiprofessional Residency Program in Maternal and Child Health. **RESULTS:** The implantation of the stabilization room and seen as an organizational tool of the service, which requires quick decision making, as it is a place planned to provide immediate assistance to patients in semi-critical and / or critical health. Before the implantation of the room, urgent care was performed in the joint wards, an aggravating factor for professional performance due to the lack of ambience and necessary space. **CONCLUSION:** With the advent of the stabilization room in this scenario, there have been significant changes in the quality of the service provided. In addition, it is necessary to create a Permanent Education Nucleus (PEN) in order to favor professional improvement through the preparation of realistic simulation, case discussion and the creation of care protocols, qualifying as teams to act in a resolute manner. urgency / emergency until the reduction of specific referral services.

Keywords: Maternal health, Emergencies, Hospital assistance, Non-medical residence.

1 INTRODUÇÃO

A sala de estabilização é caracterizada como um equipamento de saúde, destinado a receber pacientes em estado de saúde semicrítico ou crítico com a responsabilidade de prestar assistência imediata até que se consiga contato através da regulação e garantia do leito de urgência em hospital específico, para posteriormente efetivar a transferência do paciente (BRASIL, 2013; MEDEIROS *et. al.*, 2018).

A definição de paciente crítico é todo aquele que está em pleno risco de morrer ou perder a funcionalidade de órgãos ou sistemas do corpo, com dificuldade de manter sua fisiologia, e essas circunstâncias necessitam de intervenção sem tardamento, seja de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica ou de saúde mental (BRASIL, 2013; PIRES *et al.*, 2015).

Regulação assistencial é definida por uma gama de relações, saberes, tecnologias e ações que obrigatoriamente deve responder às necessidades de saúde do paciente, garantindo assim a sua assistência com equidade, qualidade e tempo oportuno para resolução dos agravos (BRASIL, 2008).

Importante destacar a existência do comprometimento dos profissionais em realizar vigilância da sala de estabilização, com intuito de fomentar estratégias, para aprimoramento dos recursos materiais e humanos, tendo em vista às necessidades do público que necessita desse recurso (MEDEIROS *et. al.*, 2018).

Mediante os elevados casos de morte materna/fetal, compreende-se que diversos aspectos estão envolvidos na assistência hospitalar e não menos importante, emerge a necessidade de enfatizar o aperfeiçoamento da equipe para prevenir, identificar e atuar nas urgências obstétricas, não só nas maternidades, mas em todas as complexidades (CAMPELO, 2016).

Neste aspecto, a relevância do presente artigo está em explanar acerca da implantação da sala de estabilização em um hospital maternidade de risco habitual, bem como contribuir com o incentivo às publicações científicas. Acredita-se que através desse relato de experiência, estimule a elaboração de mais espaços como esses em outros locais e também sirva como ferramenta norteadora para o cuidado e qualificação da equipe multiprofissional.

Diante do exposto, o presente artigo tem como objetivo relatar a experiência de uma atividade prática de uma equipe multiprofissional, com finalidade de preparar

uma sala de cuidados imediatos em um hospital maternidade de risco habitual do Rio Grande do Norte.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, vivenciado por uma equipe multiprofissional composta por: gerência de enfermagem, direção do hospital, enfermeiros, médicos e integrantes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil, vinculada à Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN) que tem como maior campo de prática esta unidade hospitalar, situada no Seridó potiguar.

O estudo descritivo concede o detalhamento das situações vividas pelos pesquisadores, com intuito de enfatizar a necessidade e importância desse tipo de estudo para a estruturação e renovação dos saberes científico-populares (MINAYO, 2007).

Daltro e Faria (2019) em seus estudos explica que o relato de experiência é mais uma das inúmeras alternativas de iniciação científica, principalmente no tocante a pesquisa através da subjetividade implicada na vivência como ocorre nas ciências humanas.

Foram organizadas discussões entre os meses de junho e julho do respectivo ano de 2020, entre as equipes multiprofissionais (plantonistas e residentes) e responsáveis técnicos vinculados ao hospital, com a finalidade de organizar o ambiente para o funcionamento da sala de estabilização. Por se tratar de um serviço de cuidado imediato, era obrigatório o local ser de fácil acesso.

Existia uma enfermaria hospitalar que era utilizada em casos de pacientes que necessitavam ficar em isolamento ou por questões de garantia do acompanhante de livre escolha da mulher. Como todas as enfermarias disponíveis eram de alojamento conjunto e sem dispor de biombos em quantidade necessária no hospital, existia certo constrangimento quando o acompanhante era do sexo masculino e por isso eram remanejadas para essa enfermaria.

Por essa enfermaria possuir posicionamento estratégico dentro do ambiente hospitalar - local mais próximo do setor obstétrico (sala de parto e alojamento conjunto), sendo desativada e escolhida como instalação para a sala de estabilização.

Foi realizado o levantamento dos materiais necessários para compor a sala, tomando como base, materiais indispensáveis para prestação dos cuidados de urgência, como exemplo: carrinho de urgência, oxigênio, cama Fowler, prancha rígida para RCP, monitor cardíaco, bombas de infusão, materiais para via aérea avançada, reposição volêmica, transfusão sanguínea, aspirador de secreções e desfibrilador/cardioversor.

Após o término da organização do espaço físico, elaborou-se um checklist, para averiguação do funcionamento adequado além do quantitativo de todos os materiais e dispositivos médico-hospitalares utilizados na sala de estabilização, sob a responsabilidade de o enfermeiro plantonista realizar esse controle.

Esta pesquisa não necessitou de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, pois não utilizou dados de seres humanos.

3 RESULTADOS

A implantação da sala de estabilização é vista como ferramenta organizacional do serviço, que necessita de rápida tomada de decisão, pois se trata de um local planejado para prestação de assistência imediata a pacientes em estado de saúde semicrítico e/ou crítico.

Antes da implantação da sala de estabilização os atendimentos de urgência eram realizados nas enfermarias conjuntas, fator esse agravante para o desempenho profissional pela falta de ambiência, espaço necessário para mobilidade da equipe, dificuldade de reunir os insumos estratégicos, medicações de uso geral e monitoramento contínuo das pacientes.

Um dos aspectos importantes que devem ser mencionados são os fatores emocionais como ansiedade, medo e angústia que notoriamente eram vivenciados pelas acompanhantes, gestantes e puérperas que compartilhavam o alojamento conjunto, já que presenciavam todo o atendimento que era prestado à paciente no próprio leito.

Realizou-se um levantamento dos materiais disponíveis, mediante seu uso e indicação para confecção de bandeja de intubação orotraqueal adulta, kit de hemorragia pós-parto e kit para oxigenoterapia, com intuito de agilizar o serviço na hora de uma intercorrência.

Nos momentos de urgência, cada minuto é crucial para um desfecho favorável ou não para o enfermo. O agrupamento de materiais e equipamentos em uma sala destinada para o atendimento ao paciente crítico impulsiona a assistência e melhora a sobrevida, mediante uma assistência rápida e efetiva.

Segue abaixo o Quadro 1 com a disponibilidade dos materiais necessários para realização de oxigenoterapia nos pacientes que necessitam de internamento em sala de estabilização.

Quadro 1 – Lista de insumos médico-hospitalares para oxigenoterapia disponíveis na sala de estabilização.

<i>Oxigenoterapia</i>	<i>Disponibilidade no serviço</i>	
	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
Máscara de oxigênio simples	X	
Máscara de Venturi (todas as numerações)	X	
Gás oxigênio canalizado		X
Ar comprimido		X
Reanimador manual adulto com máscara e reservatório de O ₂	X	
Cânula de Guedel (todas as numerações)	X	
Cânula orotraqueal (todas as numerações)	X	

Fonte: Autoria própria.

A sequência de figuras abaixo demonstra a disposição dos equipamentos médico-hospitalares, materiais e insumos no ambiente em que foi estruturada a sala de estabilização no setor obstétrico do hospital.

Figura 1 – Instalação da sala de estabilização no setor obstétrico de um hospital maternidade de risco habitual do Seridó potiguar.



Fonte: Registro próprio.

Figura 2 – Instalação da sala de estabilização no setor obstétrico de um hospital maternidade de risco habitual do Seridó potiguar.



Fonte: registro próprio.

Figura 3 - kit para intubação orotraqueal da sala de estabilização no setor obstétrico de um hospital maternidade de risco habitual do Seridó potiguar.



Fonte: registro próprio.

4 DISCUSSÃO

Relacionado aos problemas vivenciados por acompanhantes, puérperas e gestantes que compartilham o mesmo alojamento conjunto, a assistência no próprio ambiente é um fator desencadeante para: estresse, medo, ansiedade e angústia.

Com isso, a psicologia hospitalar é a profissão responsável por ter como foco de ação os cuidados ao enfermo que passa pelo processo de hospitalização, bem como compreender as emoções vivenciadas pelos seus familiares, tendo em vista a diminuição do sofrimento em detrimento do adoecimento, intervindo no paciente, sua família e equipe profissional responsável pela assistência (SOMITI, 2018).

Corroborando com o nosso estudo, Araújo (2019) discorreu sobre a implementação de um protocolo para manejo de hemorragia pós-parto em um hospital regional de São José do Mipibu-Rn, também elaborou um kit para hemorragia pós-parto, contendo uma caixa com medicamentos e insumos necessários para intervir na situação de hemorragia, com a finalidade de minimizar o tempo gasto e propiciar um atendimento seguro e oportuno.

5 CONCLUSÃO

A implantação da sala de estabilização surgiu através da necessidade de conquistar melhorias na qualidade da assistência prestada em um hospital maternidade de risco habitual que presta cuidados em casos de complicações advindas do parto, seja ele normal ou cesáreo e procedimentos de curetagem em pacientes que sofreram abortamento.

Percebeu-se que, com o advento da sala de estabilização nesse cenário, ocorreram mudanças expressivas na qualidade do serviço prestado no tocante aos cuidados às gestantes e puérperas em agravamento de saúde. A conquista de um local específico torna-se necessário por reunir os materiais e mão de obra em um único espaço, com intuito de otimizar o tempo durante a assistência.

Apesar de todo o empenho para a implantação e funcionamento adequado deste equipamento de retaguarda é indispensável à aquisição e substituição de alguns suprimentos médico-hospitalares e garantia de fornecimento de gases canalizados para assistência as possíveis pacientes.

Além disso, sugere-se a criação de um Núcleo de Educação Permanente (NEP) a fim de favorecer o aperfeiçoamento profissional por meio de elaboração de simulação realística, discussão de caso e a criação de protocolos assistenciais, com o objetivo de qualificar a equipe para atuar de maneira resolutiva em urgência/emergência até a regulação para os serviços de referência especializada.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C.C.C. **Implementação do protocolo para o manejo da hemorragia pós-parto no Hospital Regional Monsenhor Antônio Barros em São José de Mipibu / RN.** 2019. 51f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem Obstétrica, Rede Cegonha III) - Escola de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1.559**, de 1.º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 4 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da sala de estabilização: componente da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema**

Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 20 p.: il. ISBN 978-85-334-1994-0.

CAMPELO, N.M. **O cuidado nas urgências obstétricas em uma maternidade pública: o olhar do enfermeiro**. 2016. 22 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz, 2016.

DALTRO, M.R.; FARIA, A. Relato de experiência: uma narrativa científica na pós-modernidade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, 1(19), 223-237. 2019. <http://dx.doi.org/10.12957/epp.2019.43015>.

MEDEIROS, J.M de. et al. SALA DE ESTABILIZAÇÃO: ESTUDO DE DEMANDA EM HOSPITAL DE RECIFE/PE. In: **ANAIS DO CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA**, 2018, Rio de Janeiro. Anais eletrônicos. Campinas, Galoá, 2018. Disponível em: <<https://proceedings.science/saude-coletiva-2018/papers/sala-de-estabilizacao--estudo-de-demanda-em-hospital-de-recife-pe>> Acesso em: 29 ago. 2020.

MINAYO, M. C. de L. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26^a ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

PIRES, A.F. et al. Transporte seguro de pacientes críticos. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 9, n. 2, 2015.

SOMITI. A psicologia aplicada aos cuidados intensivos. 27 de agosto de 2018. Disponível em: <<http://blog.somiti.org.br/psicologia-aplicada-aos-cuidados-intensivos/>>. Acesso em :14 set de 2020.

INSERÇÃO DO PROJETO ÁPICE ON EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: AVANÇOS NO CAMPO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Ana Lúcia de Medeiros Cabral

UFPB – Hospital Universitário Lauro Wanderley, Unidade Materno Infantil
E-mail: aninhapits@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1393470692215657>, ORCID:
<https://orcid.org/0000-0001-8599-6852>.

Rômulo Wanderley de Lima Cabral

UFPB – Hospital Universitário Lauro Wanderley, Unidade Materno Infantil
E-mail: romulopits@gmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3645934322640829>, ORCID:
<https://orcid.org/0000-0002-9044-9586>.

Juçara Elke Lourenço da Silva

UFPB – Hospital Universitário Lauro Wanderley, Unidade Materno Infantil
E-mail: jucara_emf@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4941710426446769>.

Amanda Thaise de Souza Barbosa

UFPB – Hospital Universitário Lauro Wanderley, Unidade Materno Infantil
E-mail: amanddathaise@hotmail.com, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1985555827640902>.

Introdução: ao longo das últimas décadas, o Ministério da Saúde vem propondo melhorias através de normas, protocolos e diretrizes, com objetivo de garantir mudanças no modelo de assistência obstétrica, estimulando práticas menos intervencionistas, destacando-se nesse cenário o projeto Ápice On (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia) que propõe qualificar o cuidado à mulher nos diversos serviços e nas fases da vida.

Objetivo: identificar os avanços da enfermagem obstétrica em um hospital universitário a partir da inserção do projeto Ápice On. **Método:** trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa, realizado no ano de 2017 a partir dos indicadores do Projeto Ápice On.

Resultados: o levantamento dos dados identificou os avanços na tecnologia do cuidado de enfermagem obstétrica destacando as práticas não invasivas que respeita à fisiologia do corpo feminino; e os avanços alcançados na assistência de enfermagem obstétrica representados pela inserção do enfermeiro na assistência ao parto e nascimento e uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto.

Conclusão: a implantação do projeto Ápice on trouxe grandes avanços no serviço, no que tange a assistência de enfermagem demonstrando melhor qualidade na assistência obstétrica.

Palavras-chave: enfermagem obstétrica, ápice on, parto, nascimento.

Introduction: over the last decades, the Ministry of Health has been proposing improvements through standards, protocols and guidelines, with the objective of guaranteeing changes in the obstetric care model, encouraging less interventionist practices, highlighting the Ápice On project (Improvement and Innovation) in Care and Education in Obstetrics and Neonatology) that proposes to qualify the care for women in the various services and in the phases of life.

Objective: to identify the advances in obstetric nursing in a university hospital after the insertion of the Ápice On project. **Method:** this is a descriptive, retrospective study with a quantitative approach, carried out in 2017 based on the indicators of the Ápice On Project.

Results: the data survey identified advances in obstetric nursing care technology, highlighting non-invasive practices regarding the physiology of the female body; and the advances achieved in obstetric nursing care represented by the insertion of nurses in assistance for childbirth and birth and the use of non-pharmacological methods for pain relief during labor.

Conclusion: the implementation of the Ápice on project brought great advances in service, with regard to nursing care, showing better quality in obstetric care.

Keywords: obstetric nursing, apex on, childbirth, birth.

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o País apresentou resultados importantes na redução da mortalidade materna e da mortalidade infantil. Contudo, ainda continua elevada a razão da mortalidade materna, em torno de 3 ou 4 vezes maior, se comparado aos países desenvolvidos. Neste aspecto, destaca-se que o Brasil não atingiu o tão esperado quinto objetivo de desenvolvimento do milênio, especificamente a meta de reduzir em torno de 3/4 a razão da mortalidade materna, entre os períodos de 1990 e 2015 (BRASIL, 2017a).

Nesse contexto, é importante compreender que a problemática da mortalidade materna, bem como a infantil, só será capaz de ser enfrentada com a participação de diferentes atores sociais. Nesse sentido, o Brasil vem buscando qualificar profissionais de saúde para o atendimento aos cuidados no pré-natal, no parto e no pós-parto, com objetivo de melhorar a assistência obstétrica (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2012; AMORIM; GUALDA, 2011).

Ao longo das últimas décadas, o Ministério da Saúde vem propondo melhorias através de normas, protocolos e diretrizes, com objetivo de garantir mudanças no modelo de assistência obstétrica, estimulando práticas menos intervencionistas (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011), pois acredita que os maus indicadores maternos e perinatais persistem porque estão relacionados diretamente ao uso indevido das tecnologias ou também a utilização de intervenções desnecessárias, podendo ser observado pela alta taxa de cesárea atual (LEAL *et al.*, 2014).

É nesse contexto que o Brasil se encontra inserido, apresentando no processo de nascimento intensa medicalização, sendo 98% dos partos hospitalares, com uma boa cobertura da assistência pré-natal e persistência de elevadas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e infantil (DINIZ, 2009).

No entanto, não se pode esquecer que o parto deve ser considerado um evento natural e fisiológico, tendo em sua assistência uma prática profissional pautada no respeito aos aspectos fisiológicos, sociais e culturais do parto, de modo que os profissionais deverão promover o apoio físico e emocional à mulher, como também a sua família (BARROS *et al.*, 2018).

Diante do cenário atual, algumas práticas vêm sendo questionadas, de modo que a assistência ao parto e nascimento vem sofrendo profundas modificações ao longo dos anos com o advento do surgimento de novas evidências científicas.

Nesse esforço de reduzir a mortalidade evitável, bem como a adoção de práticas baseadas em evidências científicas, em 2011, o Ministério da Saúde criou a Rede Cegonha, que se trata de uma estratégia ousada com o objetivo de implementar uma rede de cuidados que assegure às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo; a uma atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; e também garanta às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Ainda neste panorama, a pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada em 2014, tendo cenário o ano de 2011, estudo de base hospitalar, delineou o perfil da assistência obstétrica hospitalar no País através de uma investigação com 23.940 puérperas, que apontou a prevalência de algumas práticas, destacando-se a posição de litotomia com 91,7%, o uso de ocitocina com 36,4%, a realização de amniotomia com 39,1%, a manobra de Kristeller com 36,1% e a taxa de cesariana com 1,9% como cuidados de rotinas para parturientes que apresentam gestação de risco habitual (CÔRTEZ *et al.*, 2018).

Diante desse cenário obstétrico, e na perspectiva de mudança do mesmo, o Ministério da Saúde criou a iniciativa do projeto Ápice On (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia), com objetivo de propor a qualificação no cuidado à mulher nos diversos serviços e nas diversas fases da vida, estimulando movimentos de mudanças nos modelos tradicionais, passando pela formação, atenção e gestão, nos hospitais de ensino e/ou universitários, no âmbito da Rede Cegonha. Este projeto visa, contribuir com a implementação de práticas de cuidados e atenção obstétrica e neonatal baseadas em evidências científicas e nos princípios da humanização (BRASIL, 2017b).

Além disso, o projeto Ápice On traça metas a serem alcançadas, divididas nos campos de atenção, ensino e gestão, tendo como uma de suas metas, a inserção de enfermeiros obstetras ou obstetrizes na assistência aos partos normais de risco habitual, pontuando como uma forma de qualificação da assistência.

Quanto a legalidade desses profissionais, o Conselho Federal de Enfermagem, através da Resolução de nº 0516/2016, normatiza a atuação e a responsabilidade do

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 demais locais onde ocorra essa assistência, sendo estes profissionais habilitados para o acompanhamento de partos de risco habitual (COFEN, 2016).

As evidências científicas mostram que a inserção do enfermeiro obstetra no cenário de parto pode contribuir para melhoria da assistência obstétrica. Nesse sentido, um estudo aponta que quando os partos são assistidos por enfermeiros obstétricos há uma mudança do cenário obstétrico, uma vez que os partos tornam-se menos medicalizados, há diminuição de intervenções desnecessárias, liberdade de escolha a posição de parir e o resgate a fisiologia da gravidez e parto, cuidados com o corpo, mente e privacidade das mulheres, visando favorecer o autoconhecimento e proporcionar mais conforto, autonomia e satisfação para o binômio mãe-filho e família. Além disso, este profissional põe em prática as políticas públicas propostas pelo governo federal para a qualificação e humanização do cenário do parto e contribui para diminuição da morbimortalidade materna e neonatal (REIS; SOUZA; NOGUEIRA, 2017).

Portanto, o projeto *Ápice On* foi implantado em 2017, como estratégia de implementação e mudança de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento que se baseia nas evidências científicas, estimulando a humanização, a segurança e garantindo os direitos, tornando-se um dos grandes desafios nos hospitais universitários pelos gestores e equipe de saúde devido ao modelo biomédico enraizado. No Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), local onde a pesquisa foi realizada, sua implantação se deu junto aos demais hospitais brasileiros.

Diante disso, buscar compreender o processo de implantação do projeto *Ápice On* no HULW, no que tange aos avanços da enfermagem obstétrica, é propósito deste estudo. Logo, o estudo tem como objetivo, identificar os avanços da enfermagem obstétrica em um hospital universitário a partir da inserção do projeto *Ápice On* no serviço.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa dos dados, realizado através dos dados da ficha de indicadores do Projeto

Ápice On de mulheres que pariram de parto normal presente na base de dados do projeto, no ano de 2017 no Hospital Universitário Lauro Wanderley na cidade de João Pessoa (PB).

O levantamento dos dados foi realizado a partir do formulário já existente dos indicadores do Projeto Ápice On, o qual é preenchido para todas as mulheres após o parto e digitados em uma planilha. Este formulário contém dados referentes a 20 indicadores. Nessa pesquisa, foram utilizados apenas os dados referentes a assistência de enfermagem prestada no processo de parto e nascimento. Para a análise dos dados, foi utilizado o Programa Microsoft® Excel (2010). Os dados foram analisados por meio de estatísticas descritiva, inferencial e analítica e apresentados em figuras.

Não houve contato direto com nenhuma paciente cujos dados foram analisados e não houve divulgação ao público, por nenhum meio, dos nomes delas. No entanto, a pesquisa foi realizada levando em consideração os aspectos éticos com base na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, em que considera o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos e que todo o progresso e seu avanço devem, sempre, respeitar a dignidade, a liberdade e a autonomia do ser humano.

3 RESULTADOS

O levantamento dos dados apontou duas categorias temáticas: os avanços na tecnologia do cuidado de enfermagem obstétrica e os avanços alcançados na assistência de enfermagem obstétrica. Ambas demonstram melhoria em alguns indicadores de boas práticas obstétricas e neonatais no que tange a assistência de enfermagem.

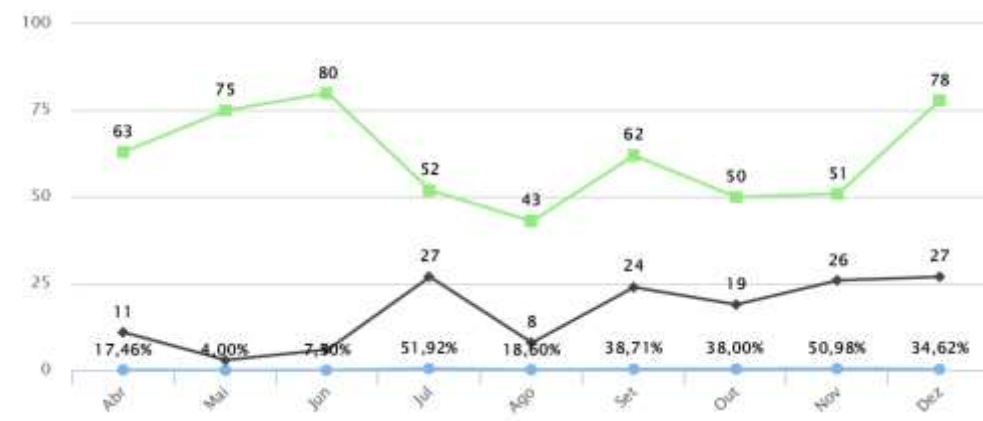
3.1 AVANÇOS NA TECNOLOGIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Em relação aos avanços identificados na tecnologia do cuidado de enfermagem obstétrica, estes dizem respeito as práticas não invasivas que respeitam à fisiologia do corpo feminino e o estabelecimento de vínculo de confiança parturiente/enfermeiro obstétrico. Nesse aspecto, os resultados demonstram como se comportaram os

indicadores relacionados aos partos assistidos na posição não litotômica, ao uso de ocitocina no trabalho de parto e a realização da episiotomia.

Em relação a posição assumida pela parturiente no trabalho de parto e parto, percebe-se que houve um maior encorajamento para a posição não litotômica, conforme mostra a figura 1.

Figura 1- Partos assistidos em posição não litotômica no ano de 2017



Fonte: Plataforma Apice on, 2019.

A figura 2 aponta ainda um uso elevado de ocitocina no trabalho de parto, no entanto, apesar desse uso elevado, percebe-se que houve uma pequena diminuição do seu uso ao longo do ano.

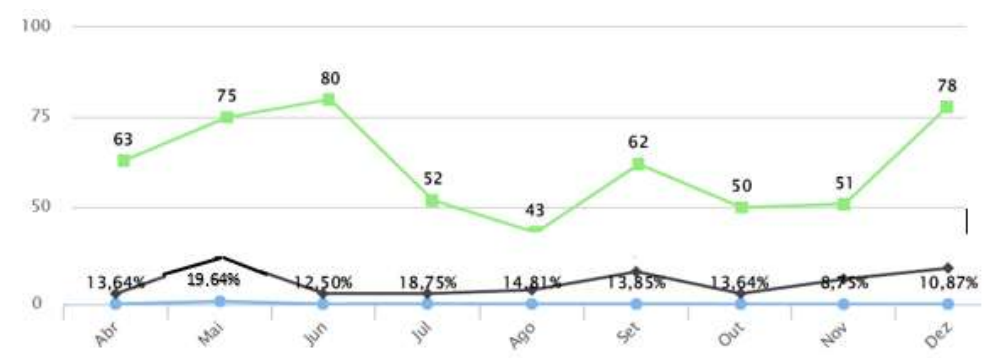
Figura 2 - Trabalho de parto que utilizaram ocitocina no ano de 2017



Fonte: Plataforma Apice on, 2019.

Quanto a realização da episiotomia, percebe-se que a mesma se manteve estável ao longo do ano, variando aproximadamente entre 9% a 20% conforme figura 3.

Figura 3 - Partos com a realização de episiotomia no ano de 2017



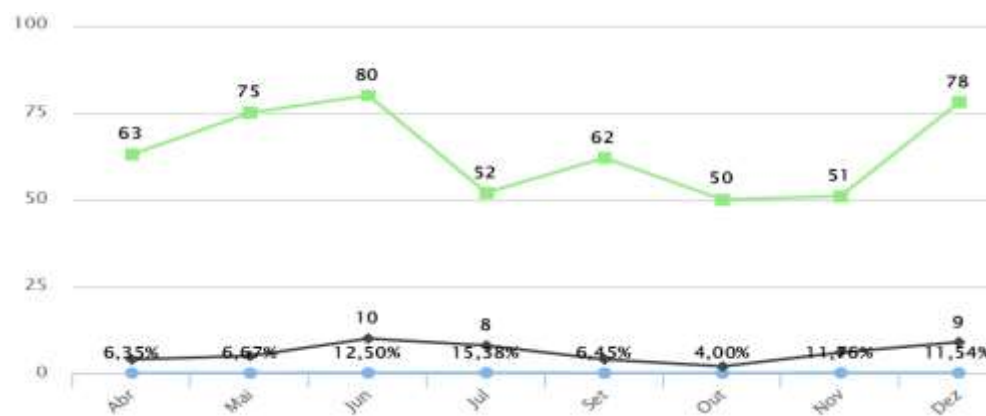
Fonte: Plataforma Apice on, 2019.

3.2 AVANÇOS ALCANÇADOS NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Os avanços alcançados na assistência de enfermagem obstétrica, foram representados pela inserção do enfermeiro na assistência ao parto e nascimento, uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto para maioria das mulheres, aumento dos indicadores de contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida.

Quanto a inserção do enfermeiro obstétrico na assistência ao parto e nascimento, observa-se que durante o período estudado houve assistência contínua do mesmo, conforme figura 4.

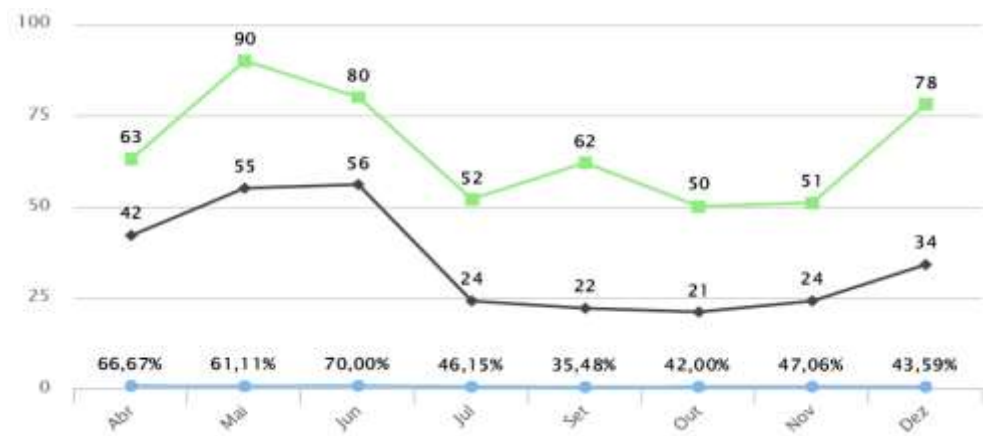
Figura 4 - Partos assistido por enfermeiros obstétricos no ano de 2017



Fonte: Plataforma Apice on, 2019.

Quanto ao uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, a figura 5 aponta que mais de 40% das mulheres receberam algum tipo de método não farmacológico.

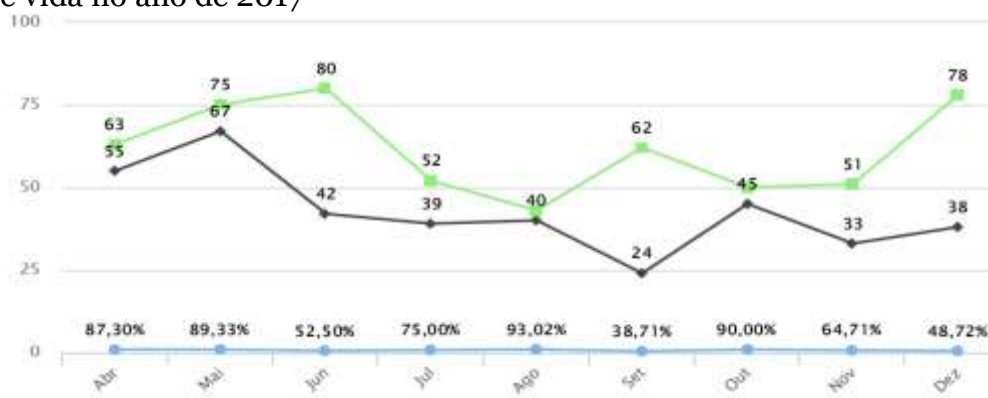
Figura 5 - Partos com uso de métodos não farmacológicos no ano de 2017



Fonte: Plataforma Apice on, 2019.

Quanto ao estímulo, ao contato pele a pele ao nascer e ao aleitamento materno na primeira hora de vida, o estudo apontou que a maioria das mulheres assistidas no serviço tiveram seus bebês no colo e estimularam a amamentação na primeira hora de vida, como mostra a figura 6.

Gráfico 6 - Partos com contato pele a pele e aleitamento materno na primeira hora de vida no ano de 2017



Fonte: Plataforma Apice on, 2019.

4 DISCUSSÃO

Este estudo teve como base os dados obtidos da plataforma do Projeto Ápice on relacionados aos avanços na assistência de enfermagem obstétricas no ano de implantação do projeto no serviço.

Embora este projeto tenha resultado em melhoria na prática obstétrica, baseado nas melhores evidências científicas para a assistência ao parto e nascimento, as quais não foram amplamente implementadas, devido ser um processo bastante complexo, que envolve, além das mudanças na prática clínica, incluindo também a superação de muitos obstáculos nos âmbitos individual e institucional (PEARSON; JORDAN; MUNN, 2012; BICK; CHANG, 2014).

Em relação aos avanços identificados na tecnologia do cuidado de enfermagem obstétrica, os resultados apontaram melhoria na assistência obstétricas, refletindo em um maior número de partos assistidos na posição não litotômica, diminuição do uso de ocitocina no trabalho de parto e a realização da episiotomia com mais critérios.

Quanto ao resgate dos eventos fisiológicos no processo de parturição, não se pode esquecer que cada mulher deve ter liberdade para escolher a posição de parir, não se recomendando colocá-la em posição de litotomia dorsal durante esse período. Assim, os partos ocorridos em diferentes posições verticalizadas podem estar relacionados a um menor tempo do período de expulsão se comparados aos partos na posição horizontal (NILSEN; SABATINIO; LOPES, 2011), resgata a autonomia da mulher na cena do parto e constitui um processo que influencia na assistência prestada (SILVA *et al.*, 2016).

As intervenções que são realizadas na assistência ao parto decorrem de muitas tecnologias existentes na atual prática obstétrica, que transforma o parto normal em um parto altamente medicalizado, principalmente com o uso indiscriminado de ocitocina. Essa droga, em doses elevadas, pode ter potenciais efeitos negativos para a mãe e para o feto, tais como taquissístolia uterina e comprometimento da frequência cardíaca fetal (CLARK *et al.*, 2019). Isto ocorre devido à redução ou interrupção do fluxo sanguíneo no espaço interviloso durante as contrações (ACOG, 2003).

Segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, a realização de episiotomia de rotina não é recomendada durante o parto vaginal espontâneo (BRASIL, 2017a), devendo-se optar pela episiotomia seletiva, que está associada a um

menor trauma na região perineal, além de diminuir a necessidade de sutura e pode trazer menos complicações para a mulher, não apresentando diferenças na intensidade da dor e no trauma vaginal e perineal grave (CARROLI; MIGNINI, 2009).

Um avanço bastante importante que surgiu nas últimas décadas foi a inserção do enfermeiro obstétrico no processo do parto e nascimento, de modo que este se apresenta como um importante aliado para a implantação e manutenção do modelo de assistência humanizada, segura e embasada em princípios científicos. Sendo assim, a inserção do enfermeiro no cenário do parto corrobora com as prerrogativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS), com destaque para a diminuição de intervenções consideradas desnecessárias, contribuindo com mecanismos na construção de um modelo de assistência, cujo objetivo é o respeito, a comunicação mais efetiva, com continuidade do cuidado e acima de tudo, com processos que reduzem as altas taxas de morbimortalidade materna (WHO, 2018a; WHO, 2018b).

Outro ponto importante a se discutir é o uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor, pois além de minimizar os desconfortos dolorosos, pode ser responsável pelo menor uso de intervenções, proporcionando retorno a fisiologia do parto, tanto para a mãe como para o conceito. Os métodos não farmacológicos estão inseridos nas políticas de humanização do parto e nascimento, por proporcionarem às mulheres redução do medo, aumento a autoconfiança e maior satisfação (SILVA; STRAPASSON; FISCHER, 2011).

O estudo ainda apontou um aumento dos indicadores de contato pele a pele e de amamentação na primeira hora de vida. Dentre os benefícios do contato pele a pele, alguns estudos evidenciam maior probabilidade de amamentação logo após o parto (SINGH *et al.*, 2017), além disso, favorece a colonização da pele do recém-nascido devido o contato com sua mãe, melhora os níveis de glicose sanguínea do recém-nascido (MOORE *et al.*, 2016), controla a temperatura corporal, estabiliza a função cardiovascular, proporciona menor perda de peso corporal e sem dúvida, traz muita satisfação materna (SRIVASTAVA *et al.*, 2014).

Da mesma forma que o contato pele a pele traz muitos benefícios, a amamentação precoce também proporciona muitas vantagens, destacando-se, para a mãe a diminuição do risco de hemorragia pós-parto (SAXTON *et al.*, 2015), e para o recém-nascido menor risco de infecções e morte neonatal (GROUP, 2016).

5 CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa reforçam a importância de se investir nos serviços de saúde para a inserção de programas e protocolos que incentivem a mudança de modelo assistencial na área obstétrica para que os profissionais consigam prestar uma assistência, mais humanizada e segura, que transforme o fenômeno do parto e nascimento em um evento natural e fisiológico na vida da mulher.

Logo, o preparo da equipe de saúde nesse cenário tem uma importante função, que é auxiliar para que a indicação de intervenções na assistência ao parto não ocorra sem necessidade, respeitando o que é preconizado pelo OMS/MS com base nas boas práticas de assistência ao parto e nascimento.

O estudo demonstrou, ainda, que o cuidado prestado pelo enfermeiro obstétrico reforça a importante contribuição desse profissional no que se refere à prática da enfermagem obstétrica, em conformidade com o que é preconizado pelas melhores evidências científicas, relacionadas a uma assistência mais humanizada ao parto e nascimento. Além disso, mostrou-se, ainda, que o enfermeiro é capaz de se ajustar ao modelo assistencial mais adequado, contribuindo com mudanças para uma atuação com mais autonomia, no modelo colaborativo, trazendo mais qualidade na assistência prestada.

Diante do cenário apresentado, conclui-se que a implantação do projeto *Ápice* on proporcionou grandes avanços no que tange a assistência de enfermagem obstétrica.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. A. M.; MEDEIROS, M.; SOUZA, M. R. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 819-827, 2012.

AMORIM, T.; GUALDA, D. M. R. Coadjuvantes das mudanças no contexto do ensino e da prática da enfermagem obstétrica. **Revista Rene**, v. 12, n. 4, p. 833-840, 2011.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **Neonatal encephalopathy and cerebral palsy: Defining the pathogenesis and pathophysiology**. Washington, 2003.

BARROS, T. C. X. *et al.* Assistência a mulher para a humanização do parto e nascimento. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 12, n. 2, p. 554-558, 2018.

BICK, D.; CHANG, Y. S. Implementation of evidence into practice: complex, multi-faceted and multi-layered. **Revista de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 4, p. 583, 2014.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde das Mulheres. **Ápice On – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília: 2011.

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database Syst Reviews**, n.1, CD000081, 2009.

CLARK, S. L. *et al.* Oxytocin: New perspectives on an old drug. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 200, p. 35-36, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Nº 516 do Conselho Federal de Enfermagem, de 24 de junho de 2016**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html.

CÔRTEZ, C. T. *et al.* Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, p. 2988, 2018.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

GROUP, N. S. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials. **Lancet Global Health**, v. 4, n. 4, p. 266-275, 2016.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Caderno de Saúde Pública**, v. 30, n. supl 1, p. 17-32, 2014.

MOORE, E. R *et al.* Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database Syst Reviews**, n. 11, CD003519, 2016.

NILSEN, E.; SABATINIO, H.; LOPES, M. H. B. M. The pain and behavior of women during labor and the different positions for childbirth. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 02, 2011.

PEARSON, A.; JORDAN, Z.; MUNN, Z. Translational science and evidence-based healthcare: a clarification and reconceptualization of how knowledge is generated and used in healthcare. **Nursing Research and Practice**, CD792519, 2012.

REIS, C. S. C.; SOUZA, D. O. M.; NOGUEIRA, M. F. H.; et al. Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento. **Revista Fundamental Care Online**, v. 8, n. 4, p.4972-4976, 2016.

SAXTON, A. *et al.* Does skin-to-skin contact and breast feeding at birth affect the rate of primary postpartum haemorrhage: Results of a cohort study. **Midwifery**, v. 31, n. 11, p. 1110-1117, 2015.

SILVA, L. S. *et al.* Os saberes das mulheres acerca das diferentes posições de parir: uma contribuição para o cuidar. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, v. 10, n. supl.4, p. 3531-3536, 2016.

SILVA. E. F.; STRAPASSON, M.R.; FISCHER, A. C. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, v. 1, n. 2, p. 261-271, 2011.

SINGH, K. et al. The importance of skin-to-skin contact for early initiation of breastfeeding in Nigeria and Bangladesh. **Journal Global Health**, v. 7, n. 2, p. 502-505, 2017.

SOUZA, T. G.; GAÍVA, M. A. M.; MODES, P. S. S. A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 479-486, 2011.

SRIVASTAVA S. Effect of very early skin-to-skin contact on success at breastfeeding and preventing early hypothermia in neonates. **Indian Journal Public Health**, v. 58, n. 1, p. 22-26, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization, 2018a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva**. Geneva: World Health Organization, 2018b.

PARTOGRAMA COMO INDICADOR DE SAÚDE EM UM HOSPITAL E MATERNIDADE LOCALIZADO AO NORTE DO ESPÍRITO SANTO

Greice Kelly Palmeira Campos

UNESC-Centro universitário do Espírito Santo, greicekelly152@hotmail.com,
<http://lattes.cnpq.br/3621497067853119> e <https://orcid.org/0000-0002-5169-5282>.

Maressa Melo Oliveira

UNESC-Centro universitário do Espírito Santo, maressamelooliveira@gmail.com,
<http://lattes.cnpq.br/2064458358115280> e <https://orcid.org/0000-0002-2558-2575>

Mariana Quinquim Nascimento

HMSM - Hospital e Maternidade São Mateus, marianaquinquim10@gmail.com,
<http://lattes.cnpq.br/1192236353504316> e <https://orcid.org/0000-0003-4971-682X>.

O partograma é um documento de análise, incluído no prontuário da gestante, que permite a representação gráfica da evolução do trabalho de parto. Avalia as condições da mãe e feto e ajuda a orientar as condutas tomadas pelo obstetra. Desta forma, levantou-se a seguinte problemática: qual a taxa de utilização do partograma no Hospital e Maternidade de São Mateus-ES? Objetivou-se avaliar a taxa de utilização do partograma no Hospital e Maternidade de São Mateus-ES(HMSM). Trata-se de um estudo transversal, de cunho quantitativo, desenvolvido por meio da coleta de dados secundários referentes aos meses de abril, maio e junho de 2020 fornecidos pelo HMSM no estado do Espírito Santo. Após considerar os dados, observou-se que nesse período, dos 615 partos que aconteceram na maternidade, 528 (85,8%) tiveram seus referentes partogramas preenchidos. Ademais, observa-se que o mês de maio obteve as maiores proporções no uso do partograma e também no índice de parto vaginal. Isto demonstra que a utilização do método contribui para desfechos favoráveis e mínimas intervenções médicas. O emprego do partograma para assistência materno-fetal é uma prática obstétrica que possui boas taxas de utilização nesta maternidade, no entanto espera-se melhorar esse índice, visto os inúmeros benefícios por ele atingidos.

Palavras-chave: trabalho de parto, registros médicos, parto humanizado, indicadores básicos de saúde, saúde da mulher.

The partogram is an analysis document included in the pregnant woman's medical record that allows a graphic representation of the evolution of labor, evaluating the conditions of the mother and the fetus and helps to guide the conduct taken by the obstetrician. Thus, the following problem was raised: What is the utilization rate of the partogram at the Hospital and Maternity of São Mateus-ES? The objective of this study was to evaluate the utilization rate of the partogram at the Hospital and Maternity of São Mateus-ES(HMSM). This is a cross-sectional, quantitative study, developed through the collection of secondary data for the months of April, May and June 2020 provided by HMSM in the state of Espírito Santo. After considering the data, it was observed that during this period, from the 615 deliveries that happened in the maternity hospital, 528 (85,8%) had their partographs filled out. Furthermore, it's observed that the month of May obtained the highest proportions in the use of the partogram and also in the vaginal delivery index. This demonstrates that the use of the method contributes to favorable outcomes and minimal medical interventions. The use of the partogram to the maternal-fetal assistance is an obstetric practice that has good utilization rates in this maternity hospital, however it is expected to improve this rate, given the countless benefits achieved by it.

Keywords: labor obstetric, medical records, humanizingdelivery, health status indicators, women's health.

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, com o avançar da tecnologia, o parto passou por mudanças significativas, se tornando cada vez mais centrado no médico obstetra e aumentando as intervenções desnecessárias. Se por um lado o nascimento em um ambiente hospitalar permitiu melhorias nos índices de morbidade e mortalidade materna, por outro transformou o trabalho de parto em um procedimento médico. Por esse motivo existe uma procura por ferramentas que sejam eficazes no diagnóstico precoce de distorcias intraparto e que também permitam a gestante ter um parto fisiológico. Com esse objetivo o partograma vem sendo enfaticamente recomendado a fim de conduzir de maneira adequada o nascimento (BRASIL, 2017).

O partograma é definido como a representação gráfica do trabalho de parto em sua fase ativa, além de demonstrar as condições materno-fetais. Portanto, essa ferramenta auxilia na identificação de anormalidades durante o parto. No partograma devem ser registrados a identificação da gestante, dilatação cervical, a descida da apresentação, o tempo transcorrido, a dinâmica uterina, frequência cardíaca fetal, fármacos, intervenções utilizadas, condições da bolsa das águas e líquido amniótico (BRASIL, 2020).

Ademais, o partograma preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) consta com duas linhas, uma chamada “linha de alerta” e a outra de “linha de ação”, sendo que o tempo transcorrido entre elas é de 4 horas. Essas linhas foram desenvolvidas para orientar o profissional de saúde a identificar quando a evolução do parto está anormal (FEBRASGO, 2010). Seu uso foi introduzido após um estudo realizado na África Central para orientar parteiras que faziam atendimentos domiciliares a reconhecerem complicações intrapartos e poderem encaminhar as parturientes para um hospital a tempo de reverter àquela situação (ROCHA *et al.*, 2009).

Além das vantagens propostas, a utilização rotineira do partograma permite documentar como está a evolução do nascimento e ao ser adicionado ao prontuário da gestante esse documento se torna uma proteção legal para a equipe médica (BRASIL, 2020).

Ainda por meio desse instrumento, percebe-se a melhora da comunicação dos profissionais de saúde durante o processo parturitivo e atenuação de condutas

divergentes, melhorando a assistência à gestante (VASCONCELOS *et al.*, 2013). Também demonstrou ser um mecanismo vantajoso no auxílio da troca de turno entre os funcionários, já que fornece informações importantes quanto à evolução do trabalho de parto (RANI *et al.*, 2014). Destarte, é importante destacar que o partograma contribui para diminuição de algumas condutas médicas dispensáveis além de orientar o profissional na escolha da conduta adequada (RITTER *et al.*, 2020).

Devido os inúmeros benefícios do partograma, seu uso rotineiro é encorajado tanto pela OMS como pelo Ministério da Saúde do Brasil na assistência da parturiente. A implementação do partograma é de baixo custo e de fácil acesso e independe de aparatos para ser colocado em prática (SILVA *et al.*, 2020). Não obstante, as médias gerais de utilização do partograma no Brasil normalmente são inferiores a 45%, demonstrando a dificuldade de implantação nas maternidades (LEAL *et al.*, 2014). Apesar de ser muito recomendado, em algumas maternidades o uso do partograma ainda é muito reduzido ou até mesmo ausente. Isso se justifica devido à falta de conhecimento dos profissionais da saúde sobre seu preenchimento e também a resistência na implementação de novas ferramentas no intraparto (LUCENA *et al.*, 2019).

Diante do contexto, levantou-se a seguinte questão norteadora: qual a taxa de utilização do partograma no Hospital e Maternidade de São Mateus – ES (HMSM)? Além de permitir identificar como essa ferramenta tem contribuído para a assistência materno-fetal, também possibilita analisar se o uso habitual do partograma interfere na escolha da via do parto e contribui para diminuição das taxas de parto cesariana.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza transversal, de cunho quantitativo através da coleta de dados secundários fornecidos pelo HMSM, localizado ao norte do Espírito Santo.

O HMSM é uma instituição filantrópica, tem capacidade de acomodação de 42 leitos, sendo referência para gestação de risco habitual para os municípios de São Mateus, Pedro Canário, Mucurici, Ponto Belo, Conceição da Barra e Jaguaré. A maternidade é composta por alojamento conjunto, centro obstétrico e centro cirúrgico, onde são realizados partos normais, cesarianas e curetagens. No momento atual está

passando por reforma para se tornar referência para gestações de alto risco também. A equipe que presta assistência à parturiente é constituída por médicos obstetras e enfermeiros obstetras, profissionais responsáveis pelo preenchimento do partograma na instituição.

Para esta pesquisa utilizou-se a coleta de dados secundários, os quais já foram trabalhados e podem ser extraídos de órgãos competentes. A vantagem de explorar os dados secundários é que a pesquisa é desenvolvida de forma mais dinâmica, pois os dados já estão disponíveis nos sistemas desses órgãos de pesquisas. Dessa forma, a fonte de dados utilizada foi extraída do HMSM, o qual possui registros internos de dados obtidos dentro da própria instituição, sendo coletados, analisados e armazenados por uma comissão específica de colaboradores.

Inicialmente realizou-se contato com a instituição de interesse em busca da autorização para a utilização dos dados. A proposta de pesquisa foi apresentada à direção do hospital, bem como a gerência técnica. Após a explanação dos objetivos e intuito da utilização dos dados, a direção autorizou e disponibilizou os registros referentes aos meses de abril, maio e junho de 2020.

Seguiu-se com a tabulação e organização dos dados coletados. A análise foi feita por meio de distribuição de frequência no software Microsoft Excel 2010.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O partograma é um dos indicadores da Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2011 e implantado no hospital em questão no ano de 2014. Os indicadores contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Os indicadores da Rede Cegonha foram construídos a partir de várias referências, inclusive das recomendações da OMS. A partir da análise dos indicadores é possível visualizar o retrato da assistência obstétrica local e a eficiência das ações preconizadas pela Rede. Nessa perspectiva, analisou-se o indicador partograma nos meses de abril, maio e junho de 2020, no Hospital e Maternidade São Mateus.

Segundo os dados fornecidos pelo HMSM houve 615 partos no trimestre analisado, para os quais 528 partogramas foram preenchidos. De acordo com Brasil (2017), este instrumento deve estar presente no prontuário de toda paciente, sendo

indispensável sei preenchimento adequado durante o trabalho de parto. O resultado inferior da utilização do partograma comparado ao número de partos pode ser justificado pela ocorrência de cesarianas eletivas no período, para as quais não se utilizou o instrumento.

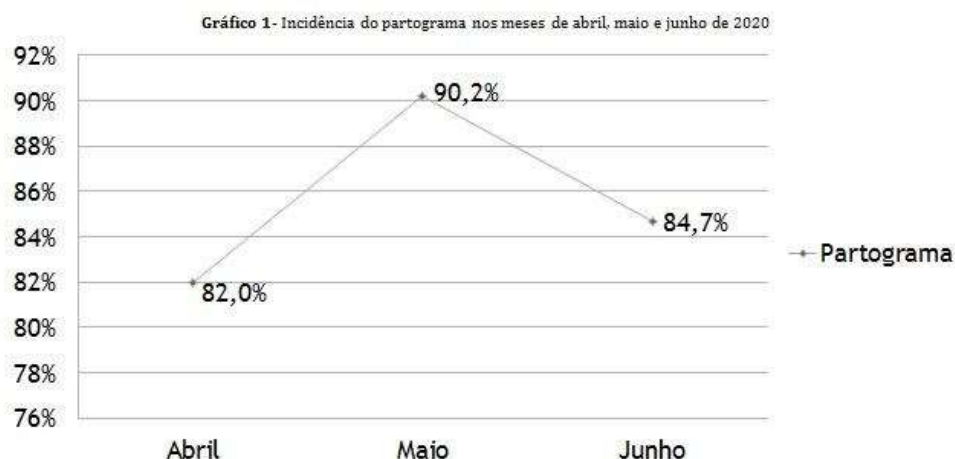
A proporção de partogramas preenchidos em cada mês encontra-se na tabela 1 e gráfico 1, bem como suas variações no período. A média de partogramas abertos nesses meses corresponde a 85,8%, apesar desse valor não satisfazer as recomendações do Ministério da Saúde, o HMSM apresenta índice de utilização partograma promissor que tende a evoluir e continuar contribuindo na assistência materno-fetal.

Tabela 1 – Incidência do partograma nos meses de abril, maio e junho de 2020.

(%)	<i>Abril</i>	<i>Mai</i>	<i>Junho</i>
Partograma	82%	90,2 %	84,7%

Fonte: Hospital Maternidade São Mateus (HMSM).

Gráfico 1 – Incidência do partograma nos meses de abril, maio e junho de 2020.



Fonte: Hospital e Maternidade São Mateus (HMSM).

Após tabulação dos dados foi realizada a análise comparativa com os procedimentos de parturição que ocorreram no segundo trimestre de 2020, conforme tabela 2 e gráfico 2. Os partos normais e as cesarianas aconteceram de maneira proporcional durante os meses de abril, maio e junho. A taxa de cesarianas do HMSM corresponde a 47,8% do total de nascimentos desse período. De acordo com a OMS (2015), a proporção de cesarianas deve estar entre 10% e 15%, visto que valores acima

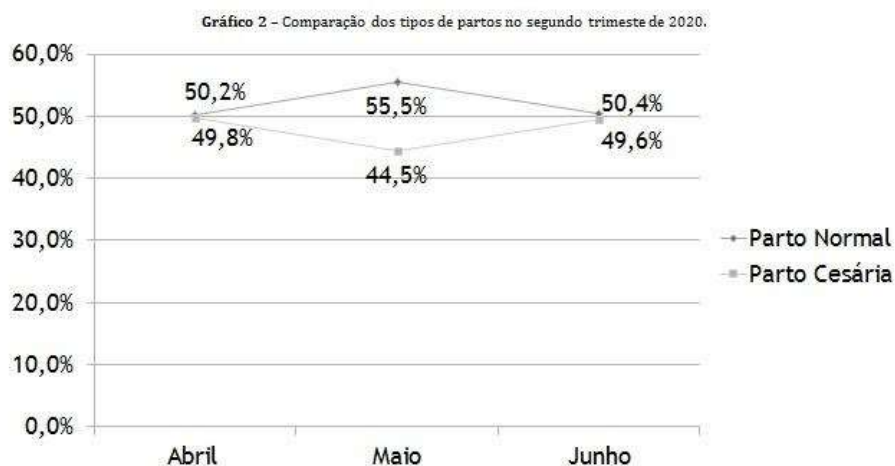
desses não favorecem a diminuição da mortalidade materno-fetal, além de que esse procedimento só deve ser feito quando existe indicação obstétrica. Embora, a porcentagem do HMSM este já acima dessas recomendações, com a adesão e utilização cada vez maior do partograma espera-se uma queda gradativa nos números de cesarianas.

Tabela 2 – Comparação dos tipos de partos no segundo trimestre de 2020.

Tipo de Parto	Abril	Mai	Junho
Normal	95	120	106
Cesariana	94	96	104

Fonte: Hospital e Maternidade São Mateus (HMSM).

Gráfico 2 –Taxas de partos normais e cesarianas.



Fonte: Hospital e Maternidade São Mateus (HMSM).

Destarte, percebeu-se que no mês de maio houve um aumento da utilização de partogramas diretamente proporcional aos partos vaginais. Acredita-se que esses valores estejam correlacionados, uma vez que o partograma, quando bem utilizado, tem como benefícios a diminuição de intervenções desnecessárias e por consequência a redução das taxas de parto cesariana.

Evidencia-se que o partograma é uma ferramenta útil e deve ser utilizada para avaliação da progressão do trabalho de parto, contribuindo com desfechos positivos no nascimento. O Ministério da Saúde recomenda seu uso em todas as maternidades do país e o caracteriza como integrante do prontuário da paciente. Além de ser um

instrumento de valor legal relacionado à proteção profissional, é um método de identificação de distorcias de trabalho de parto e diminui a necessidade de realização de toques vaginais desnecessários.

4 CONCLUSÃO

Os dados deste estudo contribuem para o conhecimento mais minucioso do uso do partograma, instrumento que, embora recomendado pela OMS, desde 1994, tem sido precária sua utilização nas maternidades e centros de parto normal. Este estudo foi realizado em uma maternidade do município de São Mateus, no estado do Espírito Santo, com implantação da Rede cegonha há aproximadamente seis anos. Em decorrência das mudanças no modelo assistencial, um dos aspectos que chamou a atenção das pesquisadoras, foi a busca por aprimoramento da assistência, adequando-as recomendações do Ministério da Saúde.

A análise do indicador partograma gerado pelo Hospital Maternidade São Mateus revelou um cenário otimista da atenção ao parto e nascimento. O compromisso da instituição em oferecer assistência de qualidade e baseada em evidências científicas é expresso nos resultados alcançados. A criação de indicadores para monitoramento do serviço exigido pelo Ministério da Saúde e sua avaliação constante pelo Colegiado Gestor local com estabelecimento de estratégias de melhorias, também refletem o comprometimento institucional.

O Hospital Maternidade São Mateus apresentou avanços significativos na modificação do cenário de assistência ao parto e nascimento. A Rede Cegonha disponibilizou recursos financeiros para estruturação do ambiente e orientação na conduta para mudança de paradigma. Dentre os indicadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a taxa de cesarianas ainda se mantém acima da média pactuada pelo governo. Ainda há muito que avançar, principalmente na redução do número de cesarianas, no entanto a evolução do indicador partograma é clara, promissora e tende continuar progredindo.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.
- FEBRASGO. **Manual de Orientação Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério.** Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2010.
- LEAL M. C., *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.1, p.17-32,2014.
- LUCENA T. S., *et al.* Análise do preenchimento do partograma como boa prática obstétrica na monitorização do trabalho de parto. **Rev. Fun. Care Online**, v. 11, n 1, p.222-227, 2019.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas.** Geneva, 2015.
- RANI J., *et al.* Role of partogram in high risk pregnancies: an experience at a tertiary centre.: an experience at a tertiary centre. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, v. 291, n.1, p.73-78, 2014.
- RITTER, S. K. *et al.* Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 33, p. 1-8, 11 maio 2020.
- ROCHA, I. M. S. *et al.* O Partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 800-808, 2009.
- SILVA, I. S. T. *et al.* Aplicação adequada do partograma e o seu impacto na taxa de cesarianas: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 12, n. 9, p. 1-7, jul. 2020.
- VASCONCELOS, K. L. *et al.* PARTOGRAMA: INSTRUMENTO PARA SEGURANÇA NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 7, n. 2, p. 619-624, fev. 2013.

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO: O GRUPO DE GESTANTE COMO ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Alana Aragão Ávila

UFSC, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social
alanaavila01@yahoo.com.br, <http://lattes.cnpq.br/6929450377187794> e
<https://orcid.org/0000-0002-1457-2718>

Em 2000, com a criação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a temática da humanização tomou forma dentro das políticas públicas de saúde no Brasil. Todavia, as queixas em relação ao atendimento pré-natal permanecem como demanda frente a uma assistência cada vez mais impessoal e automatizada, baseada na aplicação de protocolos. Buscou-se, neste trabalho, visualizar as experiências de um Grupo de Gestantes ofertado a mulheres vinculadas ao PHPN e atendidas no Centro de Saúde Monte Cristo, localizado em Florianópolis/SC. Foi desenvolvida, diante do referencial etnográfico, a análise de documentos (manuais, leis, decretos etc.) relacionados ao SUS e ao PHPN, assim como entrevistas semiestruturadas com nove mulheres e acompanhamento do Grupo de Gestantes entre junho e outubro de 2019. Demonstram-se as dificuldades de definição e aplicação da humanização no atendimento pré-natal e o Grupo de Gestantes como uma estratégia efetiva para reversão desse quadro na Atenção Primária à Saúde. Diante do exposto, o Grupo de Gestantes aparece como potência transformadora e mobilizadora dentro da aplicação do PHPN, melhorando tanto a experiência de gestação como o vínculo entre usuárias do serviço e equipes da Estratégia de Saúde da Família.

Palavras-chave: Grupo de Gestantes, Pré-Natal, PHPN, Humanização.

In 2000, with the creation of the Humanization Program for Prenatal and Birth (HPPB), the theme of humanization took shape within public health policies in Brazil. However, complaints regarding prenatal care remain a demand in the face of increasingly impersonal and automated assistance, based on the application of protocols. This work sought to visualize the experiences of a Group of Pregnant Women offered to women linked to PHPN and attended at the Monte Cristo Health Center, located in Florianópolis/SC. An analysis of documents (manuals, laws, decrees, etc.) related to SUS and HPPB, as well as semi-structured interviews with nine women and participation in the Group of Pregnant Women between June and October 2019. Was carried out in the light of the ethnographic framework the difficulties in defining and applying humanization in prenatal care and the Group of Pregnant Women as an effective strategy for reversing this situation in Primary Health Care. Given the above, the Group of Pregnant Women appears as a transformative and mobilizing power within the application HPPB, improving both the pregnancy experience and the bond between service users and Family Health Strategy teams.

Keywords: Group of Pregnant Women, Prenatal, HPPB, Humanization.

1 INTRODUÇÃO

Dentro da Atenção Primária à Saúde (APS), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a atenção materno-infantil têm lugares destacados. É a partir destas, por exemplo, que os índices de mortalidade infantil, tão importantes na classificação das políticas de saúde, são retirados. Por outro lado, a atenção materno-infantil ultrapassa o viver ou morrer. A luta pela humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil vêm, desde a década de 1980, fazendo eco junto a demandas da sociedade civil e de profissionais da saúde em relação à modificação das práticas intervencionistas e hospitalocêntricas no cuidado à gestação e parto. No que diz respeito ao cuidado pré-natal, a discussão em torno da humanização se consolidou enquanto política pública no ano 2000, junto ao lançamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

O PHPN surge através da sequência de movimentos pela humanização, como a Rede Pela Humanização do Nascimento (ReHuN), e dos movimentos de Reforma Sanitária, que deram origem à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) — junto à Constituição de 1988. Entre os princípios do SUS encontram-se:

universalidade no acesso, integralidade da assistência e equidade na distribuição dos serviços, esses expressos em seus artigos de 196 a 200. O artigo 196, afirma: “Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (SOUSA, 2014, p. 12).

Entretanto, a fim de dimensionar a importância do PHPN no SUS, é necessário compreender as modificações em torno da assistência à saúde no país que subsidiaram o que é aplicado, atualmente, enquanto política pública.

No início do século XX, a atenção materno-infantil no Brasil era vista a partir da lógica de solução de problemas sociais que influenciariam o progresso da nação (MARINHO, 2011). Essa perspectiva de abordagem governamental é corroborada pelo próprio Ministério da Saúde, em cartilha oficial, ao descrever o primeiro programa estatal de proteção à maternidade — criado durante o período do Estado Novo (BRASIL, 2011a). Entre os objetivos do referido programa estavam a realização de inquéritos e estudos sobre o “problema social da maternidade, da infância e da

adolescência” (BRASIL, 2011a, p. 10). Esse modelo de saúde pública se manteve até o fim da década de 1960, junto a uma abordagem que visava “o combate às doenças através de estruturas verticalizadas e estilo repressivo de intervenção e execução de suas atividades sobre a comunidade e as cidades” (CHIORO; SCAFF, 1999, p. 2). Diante da Reforma Sanitária e da criação do SUS, junto à Constituição Federal de 1988, as mudanças na organização da saúde brasileira aprofundaram-se, incluindo maior participação dos órgãos de saúde de estados e municípios, para além do âmbito federativo.

No início dos anos 1990, a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) tornou-se um dos caminhos para a humanização das práticas em saúde, contemplando uma noção ampliada do próprio conceito de saúde, reconhecendo esta enquanto direito fundamental, isto é:

buscando a satisfação do usuário pelo estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão e qualidade de vida (SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAUDE, 2000).

Após o PSF, surgiu a Estratégia de Saúde da Família, que é até hoje a base conceitual da Atenção Básica, manifestada especialmente dentro dos Centros de Saúde da Família por meio das equipes multiprofissionais. É nestes locais que a aplicação do PHPN pode ser visualizada, através da vinculação do programa à estratégia Rede Cegonha, que conta ainda com os componentes Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011b).

O trabalho de Carneiro (2013) alerta, em relação à estratégia Rede Cegonha, sobre a importância da humanização durante o pré-natal a fim de que as mulheres usuárias do SUS “possam e tenham embasamento para demandar o atendimento diferenciado que as atendidas na rede privada já têm questionado” (CARNEIRO, 2013, p. 58). Ou seja, objetivando a mudança na forma de assistência ao parto no Brasil, pretendendo que este processo abarque a humanização das práticas amparadas em uma medicina baseada em evidências, faz-se necessário olhar para a humanização já durante o atendimento pré-natal. Foi por meio deste entendimento que a pesquisa apresentada dirigiu esforços para compreender o pré-natal dentro do PHPN a partir das experiências das mulheres gestantes.

De acordo com o texto do PHPN, os direitos da gestante em relação ao pré-natal são a realização, por meio das unidades de saúde municipais, das seguintes atividades:

- 1- Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação;
- 2- Garantir os seguintes procedimentos:
 - 2.1-Realização de, no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação;
 - 2.2-Realização de 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;
 - 2.3-Realização dos seguintes exames laboratoriais:
 - a) ABO-Rh, na primeira consulta;
 - b) VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
 - c) Urina de rotina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
 - d) Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação;
 - e) HB/Ht, na primeira consulta.
 - 2.4-Oferta de Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de 50 mil habitantes;
 - 2.5-Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante, segunda do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas;
 - 2.6-Realização de atividades educativas;
 - 2.7-Classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e nas subsequentes;
 - 2.8-Garantir às gestantes classificadas como de risco atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco (BRASIL, 2000).

Destaco o item 2.6 como o local em que a prática do Grupo de Gestantes é legitimada enquanto necessidade dentro do pré-natal através do SUS. Para Robles (2015), levando em consideração suas pesquisas no Rio de Janeiro e em Recife com mulheres jovens gestantes de camadas populares, o pré-natal apresenta-se como um dispositivo de regulação onde estas jovens “deverão desenvolver cuidados para si e para ‘o outro’, cuidados que não somente abrangem a dimensão biológica e corporal, mas também derivam na construção de um papel parental particular” (ROBLES, 2015, p. 198). Daí a necessidade de colocar o pré-natal enquanto local ímpar para análise de construção do ser mãe dentro do SUS e das possibilidades de assistência humanizada fora do momento do parto, já tão discutidas em bibliografias nacionais e internacionais como Tornquist (2003), McCallum e Reis (2006) e Souza (2005). Ainda assim, esta pesquisa tensiona o PHPN na faceta da assistência pré-natal a partir da compreensão

de que a sua vivência afeta, diretamente, o desenrolar do processo de parto, nascimento, puerpério e, também, o papel que desempenha na prevenção de práticas de violência obstétrica.

A pesquisa apresentada a seguir parte de um dos eixos de discussão propostos na dissertação de mestrado “Dentro e fora do manual: experiências de mulheres realizando pré-natal através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento” (ÁVILA, 2020), desenvolvida sob orientação da Prof. Dra. Sônia W. Maluf, em que buscamos compreender a experiência de pré-natal de gestantes vinculadas ao PHPN a fim de tornar visível a humanização nessa modalidade de assistência. Destaca-se a seguir a promoção do Grupo de Gestantes como uma estratégia de humanização dentro do Centro de Saúde Monte Cristo, tomando a experiência deste como um exemplo de boas práticas dentro da APS. A oferta do Grupo de Gestantes é defendida ao passo que apontamos a necessidade de ampliação das práticas de humanização do pré-natal dentro e, também, fora do consultório médico.

2 METODOLOGIA

Entre 2018 e 2019 foram realizadas atividades de pesquisa bibliográfica, assim como observações, entrevistas semiestruturadas e participações no Grupo de Gestantes do Centro de Saúde Monte Cristo — localizado na porção continental da cidade de Florianópolis/Santa Catarina — com o intuito de compreender as políticas públicas e articulações que deram origem ao PHPN e como este programa é aplicado através das equipes do Centro de Saúde pesquisado.

Por tratar-se de uma pesquisa com seres humanos, o projeto da pesquisa apresentado aqui passou por uma série de comitês de ética para atestar sua viabilidade, pertinência e comprometimento ético. Primeiramente, o projeto foi submetido à Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde (CAPPS) da Escola de Saúde Pública de Florianópolis (ESP). Após análise, a CAPPS autorizou a pesquisa mediante a apresentação de parecer favorável do Conselho de Ética em Pesquisa (CEP). A autorização da CAPPS foi anexada junto aos materiais enviados através da Plataforma Brasil ao CEP. Em junho de 2019, diante de parecer favorável do CEP, a pesquisa de campo foi iniciada junto ao Centro de Saúde Monte Cristo.

Como parte das demandas do CEP, foi construído um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a ser ofertado a todos os participantes desta pesquisa, fossem mulheres gestantes ou profissionais vinculados ao Centro de Saúde onde a pesquisa foi realizada.

Antes da entrada em campo, foram realizadas reuniões com a gerência do Centro de Saúde Monte Cristo e com a profissional da enfermagem responsável pela oferta do Grupo de Gestantes na referida unidade de saúde. Todos os caminhos traçados até o contato com as gestantes, vistas como interlocutoras privilegiadas para os objetivos desta pesquisa, chamarão atenção à necessidade de cuidado, respeito e ética para a realização de pesquisas com seres humanos, especialmente dentro do SUS.

Para além dos trâmites legais para a ida à campo, esta pesquisa contou também com a análise etnográfica de documentos vinculados tanto ao SUS, quanto às políticas de atenção materno-infantis e ao PHPN. Essa análise foi desenvolvida durante os anos de 2018 e 2019. O movimento de buscar as origens da atenção à saúde materno-infantil no Brasil, as influências médicas e políticas nesses processos, assim como as transformações que deram origem ao SUS, ao PHPN e a posterior política de humanização na saúde, são necessários para fugir da perspectiva de uma história única, como bem aborda Adichie (2009). Afinal, como aponta a historiadora Lilia Schwarcz:

A construção da história oficial não é, portanto, um recurso incócuo ou sem importância; tem um papel estratégico nas políticas de Estado, engrandecendo certos eventos e suavizando problemas que a nação vivenciou no passado mas prefere esquecer, e sujas raízes, ainda encontram repercussão no tempo presente (SCHWARCZ, 2019, p. 21).

Nesse sentido, a colaboração de outras disciplinas como a enfermagem, medicina, saúde coletiva, ciências sociais, história, dentre outras, são parte imprescindível para a análise dos documentos, diretrizes e programas desenvolvidos pelo estado brasileiro relativos à atenção materno-infantil no Brasil.

Entre junho e outubro de 2019 foram realizadas visitas ao Centro de Saúde Monte Cristo nos turnos da manhã e da tarde. Neste período foi realizada observação a partir da sala de espera da UBS, assim como entrevistas com gestantes abordadas neste local. As entrevistas semiestruturadas versavam sobre o atendimento pré-natal recebido durante a atual gestação, evocação da história prévia da mulher — incluindo

relações familiares, de trabalho e experiências anteriores de gestação —, atendimento pré-natal e parto. A relação destas com o Grupo de Gestantes ofertado na unidade básica de saúde (UBS) também era tópico das entrevistas, mesmo que as mulheres entrevistadas não frequentassem o grupo. Os motivos de participar ou não dos encontros informavam não só a relação destas com a UBS, como, também, as relações familiares e de trabalho que atravessavam a vivência da gestação e da assistência em saúde.

A participação no Grupo de Gestantes se deu mediante diálogo com a enfermeira responsável pela condução do grupo. Esta profissional, vinculada a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), era responsável, junto aos demais residentes da RMSF atuantes na UBS, pela organização e condução do Grupo de Gestantes. A partir desse diálogo, além da observação durante os grupos, foi possível participar, por duas vezes, de sua condução abordando temas relacionados ao autocuidado e à depressão pós-parto.

No início da pesquisa os encontros do grupo eram quinzenais e ofertados no período da tarde. Em decorrência da baixa adesão, após uma série de participantes darem à luz, o grupo passou a ser ofertado uma vez ao mês. A média de participação era de 5 mulheres, além dos profissionais da RMSF e de ocasionais estagiários de enfermagem e medicina, que iam pontualmente aos grupos. O público era, em sua maioria, flutuante — contando com poucas mulheres que frequentassem o grupo durante toda a gestação. Os encontros duravam cerca de 2h e contavam com um lanche fornecido pelos residentes, além do sorteio de um brinde para as gestantes ao final de cada encontro. O convite para os encontros era repassado para os usuários do Centro de Saúde através do aplicativo de mensagens WhatsApp, flyers e, também, cartazes colocados nos painéis de avisos da unidade de saúde.

3 RESULTADOS

Na primeira reunião com a coordenação do Centro de Saúde, enquanto eu perguntava sobre a oferta do Grupo de Gestantes na unidade, uma profissional que, por acaso, estava na sala da coordenadora, demonstrou incômodo ao saber que aparentemente mais um grupo de gestantes seria ofertado na unidade. Ela não via necessidade nessa ação e parecia desprezar de modo geral a prática. Anotei na

caderneta de campo o ocorrido e, ao fim da pesquisa, aquele momento fez ainda mais sentido.

Ao longo da minha participação nos encontros do Grupo de Gestantes, foram várias as vezes em que as mulheres participantes se queixaram do atendimento recebido em outros locais daquela unidade de saúde. A ausência de médicos, as filas para atendimento, a demora da marcação de consultas com profissionais especialistas (como psicólogos e nutricionistas) e o atendimento do pré-natal dentro do consultório médico eram temas constantes, independentemente do tópico escolhido previamente para os encontros. O espaço criado no auditório do Centro de Saúde, onde o grupo acontecia, era privilegiado para a escuta daquelas mulheres em suas queixas, angústias e dúvidas.

Quando conversei com Marcela, a enfermeira responsável pelo grupo, descobri que desde que a turma da RMSF, da qual ela fazia parte, começou a atuar na unidade houve modificações na dinâmica do grupo de gestantes. Se antes os temas eram propostos pelos profissionais, agora os tópicos de discussão do grupo eram escolhidos pelas próprias gestantes e uma variação de profissionais (em sua maioria vinculados a RMSF) participavam dos encontros. Essas modificações, assim como a oferta de lanche durante os encontros e o sorteio de brindes, faziam parte da estratégia de humanização em saúde que os profissionais estavam comprometidos. Afinal, a própria lógica de organização do grupo passava pelo direito à fala e opinião das gestantes vinculadas a unidade de saúde — uma prática de horizontalização do cuidado, tornando-as corresponsáveis pelo grupo.

No início de cada encontro era reforçado por Marcela que aquele grupo era para as gestantes e feito por elas. O espaço ali propunha o diálogo aberto entre as mulheres gestantes e a inserção dos profissionais de saúde como mediadores. Nesse sentido, o compartilhamento de experiências de gestação e maternagem era amplo: mulheres com 2 ou 3 filhos encontravam-se ali com mães de primeira viagem e mantinham conversas sobre incertezas, medos e experiências diversas do tornar-se mãe. Era comum a troca de conselhos entre aquelas mulheres, mesmo que, apesar de morarem no mesmo bairro, não se conhecessem antes dos encontros durante o grupo.

Entre as práticas dos profissionais vinculados ao grupo, entendidas como amparadas na perspectiva da humanização do cuidado em saúde, encontravam-se, entre outros tópicos, discussões em torno da humanização do parto, violência

obstétrica, direitos da gestante e parturiente, a defesa da amamentação sem o apelo moral e implantação da culpa materna, além da discussão em torno do direito ao plano de parto. Era também comum a discussão das relações familiares, relações trabalhistas, questões de saúde mental anteriores à gestação, tal como a do incômodo gerado durante as consultas pré-natais que privilegiavam o feto no binômio mulher-feto. De acordo com as mulheres presentes, era raro, durante os atendimentos, que fossem ouvidas pelos profissionais, quando suas queixas apresentadas parecessem desvinculadas da gestação. O atendimento, diziam minhas interlocutoras, às vezes não passava da rotina protocolar de medição da barriga, peso e pressão. Dessa forma, era no Grupo de Gestantes que as mulheres tinham espaço para falar de si, subvertendo o apagamento experienciado nos consultórios de profissionais desvinculados de uma perspectiva de atendimento humanizado.

Em conversa com Marcela, perguntei o que ela entendia como humanização no pré-natal e sua interação com a oferta do grupo. Como resposta obtive a declaração a seguir.

A humanização no pré-natal seria proporcionar nesse momento toda atenção necessária, orientando sobre seus direitos, a importância da adesão ao pré-natal, o porquê de realizar; buscar envolver a rede de apoio desta mulher, buscar entendê-la dentro do seu contexto e auxiliá-la da melhor forma possível nas suas necessidades e desejos (Marcela, enfermeira residente RMSF).

É impossível comparar a definição de humanização adotada por Marcela com o texto que dá origem ao PHPN, pois este não conceitua o que seria humanização no pré-natal, deixando à mercê dos profissionais o entendimento da prática (ou mesmo a possibilidade de ignorar a recomendação do programa).

Por fim, nota-se que a promoção do grupo supria, por vezes, necessidades outras das mulheres que participavam dos encontros. Em relação a saúde mental, por exemplo, um dos momentos mais emblemáticos do grupo de gestantes foi o diálogo sobre depressão pós parto, que levou a discussões sobre experiência de crises de pânico, ansiedade generalizada, depressão e, até mesmo, tentativas de suicídio. O tema previsto foi mesclado com demandas que antecediam a gestação e que não tinham abertura para discussão durante as consultas pré-natais. Todavia, ao passo que aquele encontro auxiliava no apaziguamento momentâneo das queixas das participantes, é preciso reconhecer a falha do serviço de saúde — e da própria construção da política

pública — em ofertar atendimento individual ou grupal com profissional especialista no tema, seja psicólogo ou psiquiatra.

Porém, o Grupo de Gestantes contava com resistência dentro do Centro de Saúde. Além do comentário ouvido na primeira reunião que tive com a coordenação do local, é válido assinalar que, ao final da experiência com o trabalho de campo, uma outra profissional, ao ser questionada sobre a oferta do grupo, demonstrou não só desconhecimento como preconceito em relação a este. A profissional, ao ser questionada sobre a oferta de grupos em unidades básicas de saúde, afirmou que a modalidade era uma espécie de “atendimento em rebanho” — argumentando que muitas vezes os grupos eram utilizados como consultas coletivas, a profissional defendia a não efetividade da promoção destes. Ao ser confrontada com meus dados de campo, ela reconheceu que não tinha participado sequer de um encontro do grupo de gestantes da unidade. Esse comportamento, de acordo com Marcela, era comum entre os profissionais do serviço.

O grupo de gestantes era colocado nas mãos dos residentes da RMSF, enquanto os profissionais do serviço, mesmo após inúmeros convites, não participavam dos encontros. Dessa forma, a própria garantia da perspectiva de humanização dentro do Grupo de Gestantes dependia da inclinação pessoal dos residentes responsáveis pela promoção dos encontros, não contando com qualquer orientação ou direcionamento da coordenação da unidade de saúde.

Outro ponto necessário para a discussão de estratégias como o Grupo de Gestantes é a possibilidade de acesso das gestantes a este local. Seja pela distância do Centro de Saúde, impossibilidade de faltar ao trabalho ou ausência de rede de apoio (estatal ou familiar), muitas das mulheres com quem conversei manifestavam desejo de frequentar o grupo, mas, por outro lado, não tinham condições de acompanhar mais do que um encontro.

4 CONCLUSÃO

A experiência de pesquisa e participação no Grupo de Gestantes do Centro de Saúde Monte Cristo durante 2019 tornou possível vislumbrar a potência da ampliação do conceito de humanização e de pré-natal dentro das unidades básicas de saúde. Diante do PHPN, que falha em conceituar a prática da humanização, assim como de

expandir o cuidado pré-natal para além de exames obrigatórios, ações como o Grupo de Gestantes surgem como potência dentro de um sistema de saúde, cada vez mais, precarizado, propositalmente, diante de uma agenda governamental de desmonte do SUS através do desfinanciamento e da má gestão.

A demanda pela humanização das práticas em saúde materno-infantil não pode surgir deslocada das experiências comunitárias, tampouco do contexto político em que o SUS opera. Nesse sentido, o espaço para discutir questões relacionadas à vida das mulheres dentro do Grupo de Gestantes, fugindo na lógica impessoal das consultas médicas, é criado com a prática humanizada de assistência e resistência frente a retrocessos na saúde brasileira. A discussão de temas relacionados a práticas de humanização durante os encontros do grupo proporciona um tipo de discussão para além da classe média – que tem dominado o cenário da luta pela humanização dos processos de gestação, parto e nascimento. Dialogar dentro de um Centro de Saúde, em área periférica, sobre o direito ao Plano de Parto, a não prática de violência obstétrica e o direito de atendimento digno e de qualidade é revolucionário em um país com profundas desigualdades sociais como o Brasil.

A humanização precisa ser entendida, então, como uma conduta que ultrapassa questões como via de parto ou intervenções medicamentosas. A humanização tem de partir do pressuposto de respeito ao outro e compreensão das relações entre sujeito, comunidade e assistência à saúde. É na visão de integralidade que a humanização ganha força dentro do cenário da Atenção Primária à Saúde. O reconhecimento e promoção de boas práticas, como o Grupo de Gestantes pesquisado, é necessário para a ampliação das possibilidades de humanização dentro da assistência à saúde.

A avaliação do PHPN, operada a partir dos índices contidos no SisPreNatal, ignora as queixas ouvidas durante os encontros dos Grupos de Gestantes. Da mesma forma, não estão contidos nos números os lanches preparados pelos residentes, o círculo formado por cadeiras no auditório do Centro de Saúde, o choro e o companheirismo das mulheres em meio a desabafos nos encontros do Grupo de Gestante. Toda essa vivência passa ao largo dos formulários e diretrizes e opera em uma lógica acessível apenas aos que compreendem a importância da humanização da assistência. Assim, esperamos que esta pesquisa reverbere junto a profissionais vinculados à assistência materno-infantil e à gestão da APS, a fim de contribuir para o

deslocamento do olhar das orientações protocolares e números de consultas para a experiência dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

ADICHIE, C. N. **O perigo de uma história única**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

ÁVILA, A. A. **Dentro e fora do manual**: experiências de mulheres realizando pré-natal através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. UFSC. Dissertação de Mestrado. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília, 1º de junho, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prto569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 3 de dezembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a

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

CARNEIRO, R.G. **Anthropological dilemmas of a public health agenda**: Rede Cegonha program, individuality and plurality. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.17, n.44, p.49-59, jan./mar, 2013.

CHIORO, A.; SCAFF A. **A implantação do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

MCCALLUM, C; REIS, A.P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(7), p. 1483-1491, jul, 2006.

MARINHO, J. Z. S. Ser Mulher é Ser mãe: a maternidade como uma atribuição científica. In: **XXVI SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA – ANPUH**, 26, 2011, São Paulo, Anais...São Paulo, 2011.

ROBLES, A. F. Regulações do corpo e da parentalidade durante o pré-natal em mulheres jovens de camadas populares. In: **Civitas**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 190-213, 2015.

SCHWARCZ, L. M. **Sobre o autoritarismo brasileiro**. São Paulo: Companhia das Letras, 1ªed, 2019.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. In: **Rev. Saúde Pública [online]**. 2000, vol. 34, n. 3. p. 316-319. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300018&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-8910. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000300018>. Acesso em: 1 de setembro.

SOUSA, M. F. de. **A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde**. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 8 (1), 11-16, mar, 2014.

SOUZA, H. R. **A arte de nascer em casa: Um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo**. UFSC. Dissertação de Mestrado. 2005. 156f.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n 19 (Sup. 2), p. 419-427, 2003.

USO DA MUSICOTERAPIA PARA ALÍVIO DAS DORES DO PARTO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Micaelle Chagas Morais

UFT – Universidade Federal do Tocantins, micaelly2006@hotmail.com ,
<http://lattes.cnpq.br/3032554127175122> e <https://orcid.org/0000-0002-0962-4376>

Cláudia Denise Mendanha Mangueira

Médica formada pela Universidade Federal de Goiás/UFG. Docente do curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins/UFT – Orientadora. claudiadenise21@gmail.com ,
<http://lattes.cnpq.br/0734210526389071> e <https://orcid.org/0000-003-2544-9325>

A quantidade de partos normais no Brasil tem diminuído e o medo da dor é um dos principais motivos, visto que é algo que desencoraja a mulher. Usar estratégias farmacêuticas nessas situações pode ser prejudicial e reduzir a autonomia da mulher, fazendo necessária esta revisão sobre a efetividade da musicoterapia. O objetivo do trabalho foi esclarecer se a musicoterapia possui efeitos analgésicos sobre a dor do trabalho de parto e, caso confirmado, descobrir qual o mecanismo de ação. Foram selecionados 8 artigos para esta revisão. As bases de dados em que eles se encontravam eram Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Modelos de Saúde (LILACS). Todos os artigos demonstraram relação estatisticamente significativa da redução da dor com o uso da musicoterapia. Pôde-se observar, portanto, a real relação entre o uso da musicoterapia e a redução da dor, da ansiedade e da depressão pós-parto por meio de efeitos de recompensa e de distração no cérebro da mulher, reduzindo significativamente os sinais dolorosos.

PALAVRAS-CHAVE: Musicoterapia, Trabalho de parto, Dor.

The amount of normal births in Brazil has decreased and the fear of pain is one of the main reasons, since it is something that discourages women. Using pharmaceutical strategies in these situations can be harmful and reduce women's autonomy, making it necessary to review the effectiveness of music therapy. The objective of the work was to clarify if music therapy has analgesic effects on the pain of labor and, if confirmed, to find out what the mechanism of action is. 8 articles were selected for this review. The databases in which they were found were Online System of Search and Analysis of Medical Literature (MEDLINE) and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences and Health Models (LILACS). All articles demonstrated a statistically significant relationship of pain reduction with the use of music therapy. Therefore, the real relationship between the use of music therapy and the reduction of pain, anxiety and postpartum depression through the effects of reward and distraction in the woman's brain, significantly reducing painful signs, could be observed.

KEYWORDS: Music therapy, Labor, Pain.

1 INTRODUÇÃO

O número de cesarianas no Brasil tem aumentado de maneira alarmante. De acordo com o Ministério da Saúde, em 2016 a taxa de cesáreas no Brasil era de 57%, quando observada nos setores público e privado, e de absurdos 85% quando se analisa apenas a rede privada, local onde a mulher tem um maior poder de escolha da via de parto que prefere. Há inúmeros fatores que contribuem com essa realidade, a exemplo de questões socioculturais, de organização obstétrica, institucionais e legais. Vale enfatizar, entre essas causas, a falta de apoio psicológico à mulher durante o pré-natal, momento em que a ansiedade para o parto começa a crescer e o medo da dor é algo que a abala de forma extremamente significativa e a desencoraja, fato que se confirma nas primeiras contrações, fazendo com que ela opte pelo parto cesáreo como estratégia de fuga de um possível sofrimento (BRASIL, 2016; FAUNDES e CECATTI, 1991).

A Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP) afirma que a dor é uma “Experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões.” A dor tem seu estímulo iniciado nas vísceras ou extremidades do corpo humano, no entanto há também seu viés psíquico, relacionado ao meio em que o indivíduo está inserido e ao seu estado de conforto no ambiente. A dor do parto é extremamente taxada pela sociedade como a pior dor sentida, fazendo com que o ato de parir, ao invés de ser recheado de emoções positivas, seja repleto de medo e ansiedade antes mesmo de ser iniciado. O uso de analgésicos nessa situação não permite que a mãe viva intensamente a sensação singular propiciada no momento do nascimento de seu filho, assim como reduz a sua autonomia e pode causar efeitos adversos na paciente (DELLAROZA et al, 2008).

O mecanismo da dor é iniciado a partir dos nociceptores, terminações nervosas que recebem os estímulos térmicos, mecânicos e/ou químicos responsáveis por desencadear a dor. Esses estímulos causam uma alteração na membrana dessas terminações, propiciando a entrada e saída de íons, dando origem a um potencial de ação. O potencial formado pode ser transferido para o sistema nervoso central através de fibras, sendo os tipos “agama” e “c” os principais. Essas fibras se diferenciam, entre outras questões, pela mielinização de suas bainhas. As fibras agama são mielinizadas, enquanto as c não são, fazendo com que o potencial percorra de forma mais rápida aquelas que possuem esse envoltório. Assim, as fibras agama são responsáveis pelas

dores agudas e rápidas, enquanto as fibras c são responsáveis pela dor crônica e prolongada. Após chegarem à medula, o estímulo doloroso ascende, chegando à ponte e ao tálamo, principais locais de sinapses, em seguida seguem até o córtex somatossensorial, local onde a dor é traduzida e percebida pelo indivíduo (KLAUMANN; WOUK; SILLAS, 2008)

Estratégias não-farmacológicas para alívio da dor têm sido buscadas, a exemplo da massagem terapêutica e da musicoterapia, a qual será abordada neste trabalho, para que seja evitado os efeitos adversos provocados pelas medicações farmacêuticas. A música produz inúmeros estímulos benéficos no corpo humano, como o movimento, a linguagem, a emoção, a memória e a neuroplasticidade. Diante disso, foi percebido que essas reações produzem dopamina, além de promoverem a distração cerebral, podendo proporcionar o alívio da dor no trabalho de parto. Além disso, a música é um recurso extremamente acessível, por ter um baixo custo e ser de fácil implantação, tornando o método bastante viável (ROCHA e BOGGIO, 2013).

Ao observar o crescente abandono ao parto normal, tendo o medo da dor como uma das principais causas, além da facilidade de implantação da música caso a analgesia seja real, fez-se necessária a elaboração desta revisão de literatura a fim de esclarecer se a musicoterapia possui efeitos analgésicos sobre a dor do trabalho de parto e, caso isso seja confirmado, explicar como esse efeito analgésico acontece fisiologicamente.

2 METODOLOGIA

A seleção dos artigos para a composição desta revisão de literatura foi iniciada a partir de uma ampla busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) de cada descritor em ciências da saúde (DeCs) separadamente: “Musicoterapia”, “Trabalho de parto” e “Dor”. Em seguida, os descritores foram unidos por meio do operador booleano “AND” para uma maior especificidade da pesquisa e uma melhor filtragem dos artigos que contemplem o objetivo do trabalho, encontrando um total de 32 artigos.

Os 32 trabalhos encontrados passaram por uma primeira filtragem em que os critérios de inclusão eram “Texto completo” e “Ensaio Clínico Controlado”, obtendo-se, dessa forma, 15 artigos. Cada um desses 15 trabalhos foi analisado individualmente para que fossem escolhidos apenas aqueles que respondessem à seguinte pergunta

norteadora desta revisão: “O uso da musicoterapia proporciona alívio na dor do trabalho de parto?”. Dessa maneira, foram selecionados 8 artigos para a composição deste trabalho, além da busca de outras bibliografias que embasassem o conhecimento teórico para sua construção.

Para uma melhor compreensão da metodologia aplicada, os passos seguidos foram dispostos no fluxograma 1.

Fluxograma 1 – estratégia de pesquisa.



Fonte: Autor, 2020

3 RESULTADOS

Dos 8 artigos escolhidos para compor esta revisão, 7 eram quantitativos e apenas 1 era qualitativo. Analisando-os, foi observado que todos eles afirmam que a musicoterapia contribui com a redução dos níveis de dor no trabalho de parto. Como a dor é algo subjetivo, a maioria dos trabalhos utilizaram a Escala Visual Analógica (EVA) para conseguir mensurar essa experiência sensorial desagradável das pacientes. A EVA é uma escala que varia de 0 a 10, onde 0 significa totalmente sem dor e 10 significa máxima dor sentida, propiciando com que a mulher classifique o estímulo no momento que o sentir, fazendo com que algo subjetivo possa ser quantificado (BRASIL, 2001).

As diferentes buscas apontam vários benefícios da musicoterapia, como a redução da dor, da ansiedade, do uso de analgésicos, da necessidade de ocitocinas, do estresse, da depressão pós-parto, da frequência cardíaca, dos esforços respiratórios, das pressões sistólica e diastólica. Além disso, ela ainda proporciona uma maior autonomia para a mãe e uma maior satisfação em um momento tão singular quanto é o parto.

4 DISCUSSÃO

Buglione et al (2020) realizaram um estudo clínico randomizado não cego na Itália, no qual testaram o uso da música durante todo o trabalho de parto. Foi utilizada a EVA para a avaliação e mensuração da dor. O estudo enquadrou 30 mulheres, sendo metade no grupo controle e o restante no grupo que recebeu a musicoterapia. Pôde-se concluir que a classificação da dor durante o parto foi estatisticamente menor no grupo experimental, bem como uma necessidade menor de aplicação de ocitocina nesse grupo. Além disso, pôde-se notar também uma redução dos níveis de ansiedade durante o parto com o uso da música. No entanto, refazendo a EVA 48 hrs após o nascimento do bebê, foi observado um nível menor de ansiedade no grupo controle (BUGLIONE et al, 2020).

Um estudo de caráter qualitativo realizado por Araújo et al (2018) que objetivava analisar a eficácia dos métodos não farmacológicos para alívio da dor demonstrou que eles atribuem uma autonomia muito maior à mulher, bem como deixa-a mais humana e pronta para curtir a singularidade do parto. Pôde ser observado que a musicoterapia reduz o estresse, a pulsação cardíaca e os esforços respiratórios, o que garante uma redução nos estímulos de dor (ARAÚJO et al, 2018).

De setembro de 2013 a junho de 2014, Dehcheshmeh et al escolheram 90 mulheres gestantes do primeiro filho e que objetivavam parto normal. A partir disso, dividiram-as em três grupos: A, B e C, cada um com 30 participantes. O grupo A recebeu musicoterapia, o B, massagem e o C, tratamento habitual. Pôde-se perceber a partir da EVA a inferioridade dos níveis de dor em todos os momentos do grupo A e B quando comparados ao grupo C demonstrando, mais uma vez, a eficácia da musicoterapia na redução da dor durante o trabalho de parto (DEHCESHMEH et al,

2015). As diferenças entre os níveis de dor medidos a partir da EVA neste estudo foram dispostas na tabela 1.

Tabela 1 – níveis de dor mensurados a partir da EVA.

DILATAÇÃO	DOR NO GRUPO A	DOR NO GRUPO C
4 cm	4,43 ± 1,07	6,48 ± 1,28
6 cm	6,16 ± 1,05	8,16 ± 0,78
8 cm	7,31 ± 1,19	8,53 ± 1,06

Fonte: Autor, 2020.

Foram selecionadas, por Simavli et al (2014a), 156 mulheres primíparas para o estudo dos efeitos da musicoterapia sobre a dor durante o trabalho de parto. Pôde-se notar que as mães do grupo que receberam a musicoterapia obtiveram um nível menor de dor e ansiedade durante todo o parto, e também no período pós-parto, em relação ao grupo controle. Pôde ser observado também um aumento nos movimentos fetais no grupo que recebeu a musicoterapia, bem como uma redução nas pressões sistólica e diastólica maternas, além da redução da frequência cardíaca na mãe. Houve também uma menor necessidade de uso de analgésicos pelas mães que se valiam da musicoterapia. Isso prova, mais uma vez, a eficácia desse método não-farmacológico (SIMAVLI et al, 2014a).

Um estudo randomizado também realizado por Simavli et al (2014b), mas agora com 161 mulheres, buscou mais uma evidência da musicoterapia na redução da dor durante o parto e, para ir além, buscou também uma relação com o nível de depressão pós-parto. Dessa vez, além da escala EVA para aferir a dor e ansiedade, foi também utilizada a Escala de Depressão Pós-parto de *Edinburg* (EPDS) para obter um valor mais fiel à realidade na fase pós-natal. Foi observado um maior nível de dor, ansiedade e depressão pós-parto precoce no grupo controle. A diferença na depressão pôde ser observada nos dois momentos em que foi calculada, tanto no primeiro como no oitavo dia após o parto (SIMAVLI et al, 2014b).

Um estudo controlado randomizado dividiu 60 gestantes em dois grupos iguais, sendo que um deles recebeu só os cuidados básicos de rotina durante o parto, enquanto o outro recebeu também a musicoterapia. Liu et al (2010) dividiram as observações entre fase latente e fase ativa do parto para um melhor reconhecimento dos efeitos musicoterápicos. Pôde-se concluir que, durante a fase latente, todas as

medidas apresentaram um nível menor de dor e ansiedade pelo grupo que recebeu musicoterapia. No entanto, a diferença percebida durante a fase ativa não demonstrou resultados estatisticamente significantes. Portanto, esse estudo comprova empiricamente a eficiência terapêutica da música apenas na fase latente do trabalho de parto (LUI et al, 2010).

101 mulheres foram recrutadas para o teste da musicoterapia e da massagem terapêutica durante o trabalho de parto a fim de evidenciar suas funcionalidades na redução da dor. Pôde ser concluído, no momento posterior ao estudo que, embora ambos os métodos tenham demonstrado redução no nível de dor quando comparados aos momentos antes da intervenção, a massagem terapêutica apresentou resultados mais vantajosos do que a musicoterapia. A diferença entre os dois métodos se tornou ainda mais evidente na fase ativa do parto (TAGHINEJAD et al, 2010).

Um estudo piloto randomizado controlado por placebo também objetivou constatar os efeitos da massagem e da musicoterapia, mas dessa vez utilizando o grupo placebo para uma melhor precisão dos resultados. O estudo contou com 90 participantes, dividido igualmente entre os 3 grupos. O grupo controle recebeu apenas o incentivo para comparecer ao pré-natal, juntamente com as aulas de preparação para o parto, que são considerados cuidados usuais; o grupo placebo recebeu música com técnicas de relaxamento durante o parto e o grupo de intervenção recebeu um programa de massagem com técnicas de relaxamento. Embora o grupo de intervenção tenha conseguido valores menores que o grupo placebo, essas diferenças não foram estatisticamente significativas, visto que a música também é considerada como um método não-farmacológico de redução da dor, o que também contribuiu para a redução dos índices calculados nesse grupo. Assim, esses dois grupos obtiveram resultados melhores do que o grupo controle, mas não houve diferença significativa entre eles mesmos, provando a eficácia dos dois métodos, música e massagem, para alívio da dor (KIMBER et al, 2008).

As dores no momento do trabalho de parto são a soma de dois estímulos dolorosos diferentes. A dor visceral é a primeira delas, visto que para que o bebê seja expulso é necessário que o útero se contraia e os principais nervos responsáveis por esse sinal doloroso são originados no corpo uterino e na cérvix. A dor perineal é a que chega na fase ativa do parto, quando as células do períneo começam a se estirar e acabam sendo lesadas, provocando dor. Embora a origem das dores do parto seja

bastante objetiva, tem-se também a parte psicológica que modela a percepção desses estímulos. Mamede et al (2007) expressa em seu trabalho a influência do psicológico da mulher na dor e demonstra, ainda, que esse estímulo se reduz à medida que o parto progride por muitas horas, o que prova ainda mais o fator subjetivo e relacionado ao ambiente e ao conforto da parturiente, o que contribui com a ideia de benefício da musicoterapia nessa situação (MAMEDE et al, 2007).

5 CONCLUSÃO

A partir da observação dos diferentes estudos sobre a eficácia da musicoterapia na redução das dores do trabalho de parto pôde-se concluir a eficiência real desse método não-farmacológico, possibilitando alívio significativo da dor. Pôde-se observar que, além de reduzir a dor, a música pode diminuir as taxas de ansiedade, depressão e ainda agir diretamente nas pressões sistólica e diastólica e nos esforços respiratórios, atenuando-os.

Embora alguns autores discordem a respeito da fase de melhor efetividade da musicoterapia, visto que alguns estudos afirmam efeitos apenas na fase latente do parto enquanto outros evidenciam melhora também na fase ativa, é consenso entre eles os benefícios da música para a mulher e para o bebê, tornando o momento do parto muito mais agradável. Há também discordância quanto ao nível de ansiedade nos dias seguintes ao parto, mas, ao fazer a comparação entre a qualidade dos estudos que divergem seus dados, nota-se que aqueles que defendem que a ansiedade após o parto continua menor no grupo que recebeu a musicoterapia tem seus dados obtidos de forma muito mais confiável, valendo-se, inclusive, do uso da EPDS para complementar o trabalho.

A musicoterapia é um método extremamente acessível e de fácil implantação, podendo ser aderida em todos os centros obstétricos, o que reduz as possibilidades de o parto ser conhecido como um momento traumático. Assim, mulheres que sentirem prazer e satisfação enquanto estão em trabalho de parto vão compartilhar sua experiência com outras mães, o que pode contribuir com o encorajamento ao parto normal e com a conseqüente redução do número de cesáreas, visto que a dor do parto é algo que amedronta as gestantes.

A partir da confirmação da eficácia da musicoterapia, foi buscado o efeito desse método, bem como a maneira como essa analgesia se dá no organismo. Pôde ser notado que as inúmeras sensações que a música provoca no corpo humano termina por liberar endorfinas responsáveis pelo prazer, fazendo com que haja uma espécie de “competição” desses sentimentos com os sinais dolorosos, fazendo com que estes não se sobressaiam de forma tão acentuada. Há ainda a distração que a música provoca no cérebro, o que contrasta diretamente com as respostas do córtex somatossensorial aos estímulos dolorosos.

Portanto, percebe-se que a musicoterapia possui benefícios estatisticamente significativos e que deve ser implantada a fim de promover o aumento no número de partos normais. Estudos apontam para outras estratégias não-farmacológicas que, possivelmente, quando somadas à musicoterapia, podem acentuar seus benefícios analgésicos, contribuindo com o aumento do prazer durante o trabalho de parto, tornando-o ainda mais inesquecível.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Alane da Silva Clemente *et al.* Métodos não farmacológicos no parto domiciliar. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [S.L.], v. 12, n. 4, p. 1091, 4 abr. 2018. Revista de Enfermagem, UFPE Online. <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a230120p1091-1096-2018>
- BUGLIONE, Annarita *et al.* Effect of music on labor and delivery in nulliparous singleton pregnancies: a randomized clinical trial. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, [S.L.], v. 301, n. 3, p. 693-698, mar. 2020. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-020-05475-9>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer**. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. - Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_dor.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 306, DE 28 DE MARÇO DE 2016. Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 mar. 2016.
- DEHCHESHMEH, Faranak Safdari *et al.* Complementary and alternative therapies to relieve labor pain: a comparative study between music therapy and hoku point ice massage. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, [S.L.], v. 21, n. 4, p. 229-232, nov. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2015.09.002>.

DELLAROZA, Mara Solange Gomes et al. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 1, p. 36-41, 2008.111

FAUNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 7, n. 2, p. 150-173, June 1991. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200003&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Sept. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200003>.

KIMBER, L. *et al.* Massage or music for pain relief in labour: a pilot randomised placebo-controlled trial. **European Journal of Pain**, [S.L.], v. 12, n. 8, p. 961-969, nov. 2008. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpain.2008.01.004>.

KLAUMANN, Paulo Roberto; WOUK, A. F. P. F.; SILLAS, T. Patofisiologia da dor. **Archives of veterinary science**, v. 13, n. 1, 2008.

LIU, Yu-Hsiang *et al.* Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers. **Journal of Clinical Nursing**, [S.L.], v. 19, n. 7-8, p. 1065-1072, abr. 2010. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03028.x>.

MAMEDE et al, 2007. A DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO: O EFEITO DA DEAMBULAÇÃO. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_15.pdf

ROCHA, Viviane Cristina da; BOGGIO, Paulo Sérgio. A música por uma óptica neurocientífica. **Per musí, Belo Horizonte**, n. 27, p. 132-140, June 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-75992013000100012&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Sept. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1517-75992013000100012>.

SIMAVLI, Serap *et al.* Effect of Music on Labor Pain Relief, Anxiety Level and Postpartum Analgesic Requirement: a randomized controlled clinical trial. **Gynecologic and Obstetric Investigation**, [S.L.], v. 78, n. 4, p. 244-250, 2014a. S. Karger AG. <http://dx.doi.org/10.1159/000365085>.

SIMAVLI, Serap *et al.* Effect of music therapy during vaginal delivery on postpartum pain relief and mental health. **Journal of Affective Disorders**, [S.L.], v. 156, p. 194-199, mar. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.027>.

TAGHINEJAD, Hamid *et al.* Comparison between Massage and Music Therapies to Relieve the Severity of Labor Pain. **Women'S Health**, [S.L.], v. 6, n. 3, p. 377-381, maio 2010. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.2217/whe.10.15>.

ADMINISTRAÇÃO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA INTRAVAGINAL NO TRATAMENTO DA SINTOMATOLOGIA DA SÍNDROME GENITOURINÁRIA DA MENOPAUSA

Larissa Helena Dias de Faria

UFT - Universidade Federal do Tocantins, discente do curso de medicina. larissahdfaria@gmail.com;
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9678395228333534> e Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7600-7773>

Márcia Cristina Terra de Siqueira Peres

UFT - Universidade Federal do Tocantins, docente do curso de medicina. mcristerra@hotmail.com;
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3800093985026106> e Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5774-6597>

INTRODUÇÃO: A síndrome genitourinária da menopausa (SGM) é caracterizada por atrofia vulvovaginal (AVV) e disfunção do trato genitourinário. Uma nova abordagem no tratamento da SGM é a administração intravaginal de dehidroepiandrosterona (DHEA). **OBJETIVO:** Revisar a literatura referente ao uso de DHEA intravaginal para sintomatologia da SGM, a fim de comprovar a efetividade do tratamento. **MÉTODO:** Foi realizada revisão bibliográfica da literatura científica, utilizando como fontes publicações entre 2015 e 2020. **RESULTADOS:** Os artigos selecionados fazem menção à fase III do estudo de Labrie et al. que utilizou a administração de 6,5 mg (0,5%) de progesterona intravaginal diariamente por 12 e 52 semanas. Notou-se efeitos locais positivos e, também, benefícios na qualidade de vida da paciente com a melhora da dispareunia, da secura vaginal e da atrofia genital. Observou-se aumento das células superficiais da vagina, diminuição do pH vaginal e diminuição do percentual de células parabasais. Analisou-se a possibilidade de efeitos sistêmicos através da avaliação de níveis séricos de testosterona, estradiol, DHEA e outros, tendo como resultado níveis séricos das pacientes equivalentes aos de mulheres pós-menopausa sem tratamento. **CONCLUSÃO:** Os dados obtidos corroboram com a efetividade na administração de DHEA intravaginal no tratamento da sintomatologia da SGM.

Palavras-chave: dehidroepiandrosterona, intravaginal, síndrome genitourinária da menopausa, atrofia vulvovaginal.

INTRODUCTION: The Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM) is characterized by vulvovaginal atrophy (VVA) and by genitourinary disorder. A new approach for treating GSM is the intravaginal administration of dehydroepiandrosterone (DHEA). **OBJECTIVE:** Review published scientific papers about the intravaginal administration of DHEA as a means of treating the symptoms of GSM in order to assess the efficacy of this treatment. **METHOD:** Review of scientific papers published between 2015 and 2020. **RESULTS:** The papers selected for this review are based on the third phase of Labrie *et al* study that used daily intravaginal administration of 6,5 mg (0,5%) of prasterone during 12 and 52 weeks. The reviewed papers concluded that there were local positive effects and wellness improvement of the patients, as a result of reduction of dyspareunia, vaginal dryness and genital atrophy. Furthermore, there was an increase in the count of superficial cells in the vagina, decrease of vaginal pH and decrease in the percentage of parabasal cells. The possibility of systemic effects was monitored through serum levels of testosterone, estradiol and DHEA, among other hormones. **CONCLUSION:** The data collected demonstrated the efficacy and viability of intravaginal DHEA administration in the treatment of GSM symptoms.

Keywords: dehydroepiandrosterone, intravaginal, genitourinary syndrome of menopause, vulvovaginal atrophy.

1 INTRODUÇÃO

A menopausa é marcada por um estado de hipoestrogenismo que repercute negativamente na saúde da mulher. A diminuição dos estrogênios circulantes afeta diretamente o trofismo vulvar e urogenital, desencadeando sintomas geniturinários. Com o aumento significativo na expectativa de vida da população em geral, as mulheres passam cerca de um terço de sua vida na pós-menopausa. Com isso, elas ficam mais tempo propensas aos sintomas, os quais podem afetar consideravelmente sua qualidade de vida (ALVISI *et al.*, 2019).

Em 2014, o termo Síndrome Geniturinária da Menopausa (SGM) foi apresentado pela Sociedade Internacional de Estudo da Saúde Sexual da Mulher e pela Sociedade Norte Americana de Menopausa para definir esse conjunto de sinais e sintomas pós-menopausa que acometem o trato genital inferior das mulheres (PORTMAN; GASS, 2014). A SGM é caracterizada por Atrofia Vulvovaginal (AVV) e disfunção do trato geniturinário, que se manifesta com sinais e sintomas de: ardência, prurido, sensibilidade vulvar e vaginal, ausência de lubrificação, corrimento anormal, disúria, aumento da frequência urinária, urgência ou incontinência miccional e infecções urinárias de repetição. Esses sinais e sintomas levam à dispareunia e prejuízo no desempenho sexual.

A deficiência de estrogênio ocorrida após a menopausa causa redução no conteúdo de colágeno, ácido hialurônico e elastina, acarretando atrofia do epitélio, alterações funcionais das células musculares lisas, aumento na densidade do tecido conjuntivo e menor quantidade de sangue nos vasos. Tais mudanças fazem com que a elasticidade da parede vaginal seja reduzida, a mucosa da vagina e a pele vulvar torne-se mais fina, o pH vaginal aumente, haja o encolhimento dos lábios maiores com perda dos pelos, o clitóris diminua de tamanho, a lubrificação diminua e, conseqüentemente, contribui para que o tecido fique vulnerável à irritação física e ao trauma (PATNI, 2019). Essa vulnerabilidade tecidual junto com a diminuição na lubrificação está ligada diretamente à dispareunia e secura vaginal, que sinalizam para uma disfunção sexual, aparecendo como um leve desconforto ou até a queixas significativas que incluem dor, queimação, irritação e sangramento após a relação sexual (KE; LABRIE, 2015).

Essa condição causa grande impacto na saúde sexual da paciente e do parceiro, e, como resultado, pode afetar o relacionamento. A sintomatologia urogenital pode

reduzir em até 74% a capacidade das mulheres em alcançar relações sexuais prazerosas. Além disso, 75% das pacientes com AVV e sexualmente ativas relatam que os sintomas influenciam negativamente no desejo sexual espontâneo (ALVISI *et al*, 2019). Epidemiologicamente, a SGM é frequente nas mulheres pós-menopausadas, uma vez que cerca de 45% delas relatam algum tipo de sintoma vulvovaginal. Dentre os sintomas mais comumente mencionados verifica-se a secura vaginal em 55-75%, dispareunia em 40-44%, seguidos por coceira e irritação com 18% e 37%, respectivamente (MITCHELL; WAETJEN, 2018).

No estudo *European REVIVE* registrou-se que 70% das mulheres participantes apresentaram secura vaginal, 32,7% irritação vaginal, 29% relataram dispareunia e 72% afirmaram que tais sintomas tinham impacto na satisfação sexual. O estudo *VIVA-LATAM* informou que 64% das participantes relataram que o desconforto vaginal limitava suas atividades diárias, incluindo as relações sexuais. Além disso, 56% referiu que essa condição poderia interferir na satisfação sexual do parceiro. Nesse estudo ainda, 71% das participantes não sabiam que AVV era uma condição crônica decorrente do período pós-menopausa e, apenas, 6% atribuíram seus sintomas como decorrentes da menopausa (SZYMANSK *et al*, 2018).

Apesar da alta prevalência, a AVV ainda é subdiagnosticada, pois a maioria das mulheres não discute seus sintomas com seu ginecologista. Muitas acreditam que se trata de algo inerente ao envelhecimento. Há também mulheres que não se sentem confortáveis em abordar essas questões. Da mesma forma, estima-se que haja subdiagnóstico e subtratamento da SGM (ALVISI *et al*, 2019).

O tratamento da SGM deve ser instituído conforme o grau de severidade da sintomatologia apresentada. Recomenda-se nos padrões internacionais que a primeira linha de tratamento para manifestações leves a moderadas de AVV seja o uso de lubrificantes vaginais não hormonais que devem ser utilizados durante a relação sexual, bem como os hidratantes vaginais com efeito de longo prazo com a proposta de manter e preservar a umidade local. Essas são opções também indicadas para as mulheres que possuem contra-indicação ao uso de estrogênio (NAUMOVA; CASTELO-BRANCO, 2018). Quanto às mulheres, que não obtiveram resposta com o emprego desses produtos ou que apresentam AVV moderada a grave, serão candidatas para terapia de estrogênio vaginal de baixa dose, o tratamento de segunda linha. Caso essa

opção falhe, a alternativa seria o uso de estrogênios locais (estriol, promestriene, estrogênio conjugado equino), preferíveis aos transdérmicos e orais, que possuem efeito sistêmico (LA ROSA *et al*, 2019). Para mulheres com contraindicação ao uso de estrogênio, outra prescrição possível seria os Moduladores Seletivos do Receptor de Estrogênio (SERMs), sendo que o mais estudado é o ospemifeno. Os SERMs interagem diretamente nos receptores de estrogênio intracelulares nos órgãos alvo com efeito agonista ou antagonista (NAUMOVA; CASTELO-BRANCO, 2018). Mais recentemente, foi introduzido o laser vaginal no tratamento da AVV, porém, há ainda muitas controvérsias em relação ao seu uso dada à limitação de estudos com seguimento curto, pequenas coortes e falta de grupo-controle (SZYMANSK *et al*, 2018).

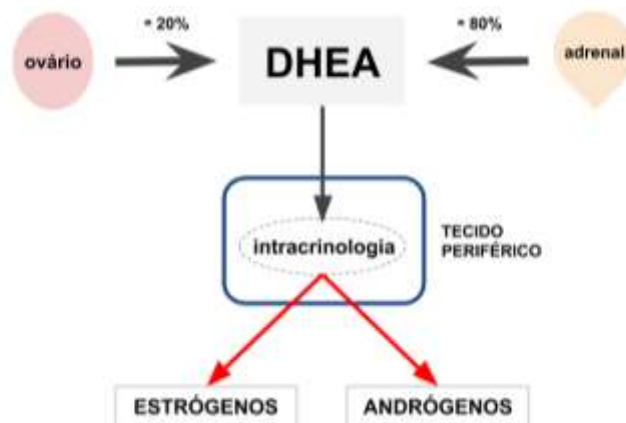
Outra abordagem no tratamento da SGM é a administração intravaginal de dehidroepiandrosterona (DHEA). DHEA e o sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS) são os esteroides sexuais circulantes mais abundantes nas mulheres. DHEA é produzido principalmente, no córtex adrenal, porém, há também produção gonadal e cerebral. Já o DHEAS é produzido apenas no córtex adrenal (LA ROSA *et al*, 2019). DHEA é um precursor inativo de androgênios e estrogênios ativos, ou seja, um pró-hormônio na via de biossíntese intracelular de testosterona e estradiol, produtos que favorecem o trofismo da mucosa vaginal (NAUMOVA; CASTELO-BRANCO, 2018). Fisiologicamente, as evidências mostram que o estradiol circulante e seus precursores androgênicos DHEA, DHEAS, androstenediona, testosterona, bem como seus metabólitos locais, são vitais para a manutenção do trofismo e funções normais da vagina e tecidos urogenitais circundantes (PATNI, 2019).

A secreção de DHEA declina com a idade, sendo observada queda de cerca de 60% dos 30 anos até a menopausa. Esta diminuição na secreção de DHEA, associada a uma queda conjunta na formação de estrogênios e andrógenos em tecidos-alvo periféricos, determinam os sinais e sintomas mais comuns da menopausa, incluindo SGM (LA ROSA *et al*, 2019).

O metabolismo vaginal do DHEA em estrogênios e testosterona leva à ativação dos receptores de estrogênio e androgênio nas três camadas da parede vaginal, incluindo as fibras do colágeno da membrana basal e da parede muscular (NAUMOVA; CASTELO-BRANCO, 2018).

O objetivo deste trabalho foi revisar a literatura referente ao uso de DHEA intravaginal para sintomatologia da SGM, a fim de comprovar a efetividade do tratamento.

Figura 1 - Produção e atuação de DHEA na mulher pós-menopausa.



Fonte: FARIA; PERES, 2020.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa teve caráter de revisão bibliográfica da literatura científica, utilizando como fontes artigos científicos publicados entre 2015 e 2020. Eles foram obtidos das bases de dados: Cochrane Library, Medline (National Library of Medicine, EUA), Lilacs (Literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e PubMed Central (U.S. National Institutes of Health's National Library of Medicine). Foram incluídos artigos que contivessem as palavras-chave: “dehydroepiandrosterone”, “intravaginal”, “vulvovaginal atrophy” ou “genitourinary syndrome”. Excluiu-se quaisquer artigos publicados anteriormente a 2015 e cujas informações não faziam menção ao tratamento intravaginal com DHEA para SGM.

Os trabalhos foram analisados com base em diferentes aspectos, tais como: metodologia adotada, avaliação sintomatológica, dosagens séricas e de satisfação sexual pós-tratamento e, também, via questionário dos parceiros sexuais das mulheres. Após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 13 artigos que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão.

3 RESULTADOS

DHEA foi citado como tratamento da SGM e AVV em administração intravaginal em 13 artigos. Eles fazem menção à fase III do estudo de Labrie *et al.*, um ensaio clínico, randomizado, duplo cego, com grupo placebo-controle -, o qual utilizou a administração de 6,5 mg (0,5%) de progesterona (DHEA) intravaginal. Durante o estudo, foram realizadas avaliações dos sintomas das pacientes, da satisfação sexual, dos níveis séricos, antes e após o uso do medicamento. Um dos estudos avaliou a forma de administração do fármaco pelas pacientes, a fim de verificar a aceitação e dificuldade do manuseio.

De forma geral, observou-se efeitos locais positivos devido a ação dos andrógenos metabolizados a partir de DHEA, como também, benefícios na qualidade de vida, com melhora da dispareunia, da secura vaginal e da atrofia genital. Verificou-se, também, proliferação da camada superficial da vagina, diminuição do pH vaginal e diminuição do percentual de células parabasais. Além disso, analisou-se a possibilidade de efeitos sistêmicos, considerando os níveis séricos de testosterona, estradiol, DHEA e outros. Os resultados mostraram níveis séricos equivalentes aos de mulheres na pós-menopausa sem tratamento.

Após leitura e análise dos artigos, observou-se que eles poderiam ser divididos em 6 grupos, como exemplifica a Quadro 1. Esta divisão levou em consideração o propósito avaliativo dos artigos, bem como os resultados encontrados.

Quadro 1 – Distribuição dos artigos encontrados em grupos.

GRUPO	AValiação	RESULTADOS	n
1	Efeito do tratamento na sintomatologia e sexualidade	Alterações anátomo-histológicas positivas, diminuição nos sintomas, melhora na qualidade das relações sexuais	5
2	Níveis séricos após tratamento	Não houve efeito sistêmico	4
3	Comparação de DHEA com EEC e E2	Encontrou-se eficácia igual	1
4	Comparação da administração diária com a de 2 vezes na semana	Há diminuição na eficácia quando se deixa de realizar aplicações diárias	1
5	Manuseio durante aplicação	Aplicação de fácil realização, não tendo dificuldades para realizar	1
6	Questionário dos parceiros sexuais das participantes quanto à percepção dos sintomas	Melhora maior na percepção da diminuição dos sintomas dos parceiros do grupo com tratamento em relação ao placebo	1

DHEA - dehidroepiandrosterona; CEE - estrogênios equinos conjugados; E2 - estradiol; n - número de artigos.

Fonte: FARIA; PERES, 2020.

Quadro 2 – Listagem dos artigos.

GRUPO	TÍTULO
1	<p><i>Combined data of intravaginal prasterone against vulvovaginal atrophy of menopause</i></p> <p><i>Effect of intravaginal dehydroepiandrosterone (DHEA) on the female sexual function in postmenopausal women: ERC-230 open-label study</i></p> <p><i>Effect of Intravaginal Prasterone on Sexual Dysfunction in Postmenopausal Women with Vulvovaginal Atrophy</i></p> <p><i>Efficacy of intravaginal dehydroepiandrosterone (DHEA) on moderate to severe dyspareunia and vaginal dryness, symptoms of vulvovaginal atrophy, and of the genitourinary syndrome of menopause</i></p> <p><i>Prasterone has parallel beneficial effects on the main symptoms of vulvovaginal atrophy: 52-week open-label study</i></p>
2	<p><i>A low dose (6.5 mg) of intravaginal DHEA permits a strictly local action while maintaining all serum estrogens or androgens as well as their metabolites within normal values</i></p> <p><i>Serum levels of sex steroids and metabolites following 12 weeks of intravaginal 0.50% DHEA administration</i></p> <p><i>Serum steroid concentrations remain within normal postmenopausal values in women receiving daily 6.5 mg intravaginal prasterone for 12 weeks</i></p>

	<i>Serum steroids remain within the same normal postmenopausal values during 12-month intravaginal 0.50% DHEA</i>
3	<i>Comparison of intravaginal 6.5 mg (0.50%) prasterone, 0.3 mg conjugated estrogens and 10 µg estradiol on symptoms of vulvovaginal atrophy</i>
4	<i>Decreased efficacy of twice-weekly intravaginal dehydroepiandrosterone on vulvovaginal atrophy</i>
5	<i>Evaluation of the acceptability of intravaginal prasterone ovule administration using an applicator</i>
6	<i>Influence of treatment of vulvovaginal atrophy with intravaginal prasterone on the male partner</i>

Fonte: FARIA; PERES, 2020.

Um maior número de artigos tratou da análise da sintomatologia e achados morfo-histológicos locais, compreendendo 5 artigos que compõem o Grupo 1 do Quadro 1. Dois artigos avaliaram principalmente, características anátomo-histológicas, pH e sintomas da AVV das pacientes antes do tratamento e após 12 semanas de terapêutica diária. Obteve-se grande significância estatística na melhoria de todos os aspectos de trofismo em relação às pacientes que utilizaram placebo. Um artigo realizou a avaliação da melhora da sintomatologia da AVV nas pacientes após 12 semanas e, depois, após 52 semanas de tratamento para analisar a efetividade na manutenção do tratamento. Houve melhora de 19,2% na queixa de dispareunia com a continuidade terapêutica. Os outros 2 artigos avaliaram se houve melhora nas disfunções sexuais causadas pela AVV. Foi utilizado o *Female Sexual Function Index* (FSFI) em ambos. Eles obtiveram resultados com alta significância estatística com relação a dispareunia, secura vaginal e outros; confirmando os benefícios da administração intravaginal de DHEA.

No Grupo 2, cita-se 4 artigos cujo foco foi determinar os níveis séricos hormonais das pacientes após a administração intravaginal de DHEA. Um primeiro estudo teve como posologia o uso diário de prasterona 0,5% por 7 dias. Foram investigadas as concentrações séricas de estradiol, testosterona, DHEA, DHEAS, sulfato de estrona e metabólitos androgênicos. Observou-se a manutenção destas concentrações antes e após a administração, permanecendo os níveis séricos dentro da

normalidade quando comparado com mulheres na pós-menopausa sem tratamento. Os outros 3 artigos deste grupo avaliaram também os níveis séricos dos esteroides sexuais, porém, com posologias de períodos maiores de 12 e 52 semanas, corroborando os achados do primeiro artigo. Assim, os 4 artigos demonstraram a ausência de efeitos sistêmicos com a administração intravaginal de DHEA.

O Grupo 3 contou apenas com um artigo que analisou os dados obtidos através de um ensaio clínico realizado com o objetivo de comparar os efeitos de DHEA 6,5 mg intravaginal com estrogênios conjugados equinos (ECE) 0,3 mg e estradiol (E2) 10 µg tanto na dispareunia quanto na secura vaginal. Os sintomas de AVV foram avaliados por questionários. Obteve-se resultados de que o uso diário de DHEA foi tão eficaz quanto o de ECE e E2 na sintomatologia.

O artigo do Grupo 4 buscou comparar a posologia diária de DHEA a 0,5% em relação à aplicação realizada duas vezes na semana. A proposta era comparar a efetividade em relação à frequência de uso. Utilizou-se primeiro prasterona intravaginal diariamente durante uma semana. Após, reduziu-se o uso a 2 vezes por semana, mantendo-se essa posologia por 10 semanas. Foram observadas, nas primeiras 2 semanas, mudanças semelhantes ao uso de estradiol. Após a redução na frequência de administração, houve redução da eficácia do tratamento.

O artigo do Grupo 5 avaliou as pacientes através do emprego de questionário acerca do manuseio da administração, mostrando alta satisfação e confiança na aplicação. Cerca de 92% a 94% das mulheres demonstraram estar muito confiantes em poder usar o aplicador com sucesso. O último artigo, constituinte do Grupo 6, trouxe dados colhidos com os parceiros das pacientes também através de questionário acerca da percepção de melhora nos sintomas percebidos nas relações sexuais, bem como, o grau de satisfação sexual. Demonstrou-se uma diminuição na percepção de secura vaginal na parceira após o tratamento, sendo essa melhora perceptível em 81% a mais no grupo tratado em relação ao grupo placebo.

4 DISCUSSÃO

Os resultados obtidos demonstraram efeitos locais positivos devido a ação dos andrógenos decorrentes da metabolização de DHEA, bem como benefícios na qualidade de vida da paciente com melhora na dispareunia, na secura vaginal e na

atrofia genital. Observou-se também aumento na espessura epitelial dos tecidos vaginais, diminuição do pH vaginal e diminuição do percentual de células parabasais. Tais alterações corroboram com a melhora da sintomatologia da SGM e diminuição da disfunção sexual. A eficácia de DHEA semelhante à de E2 demonstra claramente a sua efetividade no tratamento da SGM. Além disso, a falta de efeitos sistêmicos indesejáveis comprova a segurança do produto.

Os resultados apresentados puderam ser validados pela revisão publicada pela Sociedade Polonesa de Menopausa e Andropausa juntamente com a Sociedade Polonesa de Estética e Reconstrução Ginecológica. Neste trabalho, foi avaliado o Intrarosa®, o primeiro composto intravaginal contendo prasterona na dose de 6,5 mg. DHEA nesse caso, era bioquimicamente idêntico a DHEA humano endógeno. Concluiu-se que o medicamento reduziu significativamente os sinais e sintomas de AVV pós-menopausa. Além disso, pode-se perceber sua alta tolerância e segurança mesmo a longo prazo, pois não houve elevação dos níveis séricos dos esteroides sexuais acima daqueles normais em mulheres na pós-menopausa (BINKOWSKA; PASZKOWSKI, 2019).

Outro trabalho publicado recentemente aponta DHEA intravaginal como uma opção terapêutica e demonstra efeitos benéficos comprovados para SGM, sendo o corrimento vaginal o único efeito adverso evidenciado; com ocorrência em 6% das pacientes (THOMAS et al, 2018). Em 2016, Genazzani e Pluchino, também, mencionaram DHEA intravaginal como um novo modelo terapêutico, possuindo afinidade bioquímica com os tecidos-alvo e, assim, renovando o interesse em relação ao papel desse hormônio no envelhecimento feminino (GENAZZANI e PLUCHINO, 2016).

5 CONCLUSÃO

Os dados obtidos nesta pesquisa foram positivos em relação ao uso de DHEA intravaginal para alívio dos sintomas provenientes da atrofia urogenital e corroboram com os de outras pesquisas e revisões de literatura acerca do assunto. Conclui-se acerca da efetividade na administração de DHEA intravaginal no tratamento da sintomatologia da SGM, constituindo-se numa opção terapêutica eficaz, de fácil administração, e que não gera efeitos sistêmicos às pacientes. Assim, a administração

de DHEA intravaginal na dose de 6,5 mg (0,5%), diariamente é uma opção dentre outros tratamentos tradicionais para SGM.

REFERÊNCIAS

ALVISI, Stefania; GAVA, Giulia; ORSILI, Isabella; GIACOMELLI, Giulia; BALDASSARRE, Maurizio; SERACCHIOLI, Renato; MERIGGIOLA, Maria Cristina. **Vaginal Health in Menopausal Women**. *Medicina - Open Access Journal*. 2019, v.55, No. 10, pp. 615-628.

ARCHER, David F.; LABRIE, Fernand; MONTESINO, Marlene; MARTEL, Céline. **Comparison of intravaginal 6.5 mg (0.50%) prasterone, 0.3 mg conjugated estrogens and 10 µg estradiol on symptoms of vulvovaginal atrophy**. *The Journal of Steroid Biochemistry & Molecular Biology*. 2017, v. 174, No 01, pp. 01-08.

BINKOWSKA, Malgorzata; PASZKOWSKI, Tomasz; VIOLETTA, Skrzypulec-Plinta; WILCZAK, Maciej; ZGLICZYNSKI, Wojciech. **Position statement by Experts of the Polish Menopause and Andropause Society, and the Polish Society of Aesthetic and Reconstructive Gynaecology on the medicinal product Intrarosa®**. *Przeglad Menopauzalny*. 2019; v. 18, No. 3, pp. 127-132.

BOUCHARD, Céline; LABRIE, Fernand; ARCHER, David F.; PORTMAN, David J.; KOLTUN, William; ELFASSI, Émile; GRAINGER, David A.; AYOTTE, Normand; COOPER, Theodore A.; MARTENS, Mark; WALDBAUM, Arthur S.; LABRIE, Claude; CÔTÉ, Isabelle; LAVOIE, Lyne; MARTEL, Céline; BALSER, John; e outros membros participantes da VVA Prasterone Group. **Decreased efficacy of twice-weekly intravaginal dehydroepiandrosterone on vulvovaginal atrophy**. *Climacteric*. 2015, v. 18, No 4, pp. 590-607.

BOUCHARD, Celine; LABRIE, Fernand; DEROGATIS, Leonel; GIRARD, Ginette; AYOTTE, Normand; GALLAGHER, John; CUSAN, Leonello; ARCHER, David F.; PORTMAN, David; LAVOIE, Lyne; BEAUREGARD, Adam; CÔTÉ, Isabelle. MARTEL, Céline; VAILLANCOURT, Mario; BALSER, John; MOYNEUR, Erick; e outros membros participantes da VVA Prasterone Group. **Effect of intravaginal dehydroepiandrosterone (DHEA) on the female sexual function in postmenopausal women: ERC-230 open-label study**. *Hormone Molecular Biology and Clinical Investigation*. 2016; v. 25, No 3, pp. 181-190.

GENAZZANI, Andrea R.; PLUCHINO, Nicola. **Is vaginal administration the "way out" of the hormone of controversy?** *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*. 2016, v. 23, No. 3, p. 235.

KE, Yuyong; GONTHIER, Renaud; SIMARD, Jean-Nicolas; ARCHER, David; LAVOIE, Lyne; MARTEL, Céline; VAILLANCOURT, Mario e LABRIE, Fernand. **Serum steroids remain within the same normal postmenopausal values during 12-month intravaginal 0.50% DHEA**. *Hormone Molecular Biology and Clinical Investigation*. 2015; v. 24, No 3, pp. 117-129.

KE, Yuyong; LABRIE, Fernand; GONTHIER, Renaud; SIMARD, Jean-Nicolas; BERGERON, Danielle; MARTEL, Céline; VAILLANCOURT, Mario; MONTESINO, Marlene; LAVOIE, Lyne; ARCHER, David F.; BALSER, John; MOYNEUR, Érick; e outros membros participantes da VVA Prasterone Clinical Research Group. **Serum levels of sex steroids and metabolites following 12 weeks of intravaginal 0.50% DHEA administration.** The Journal of Steroid Biochemistry & Molecular Biology. 2015, v. 154, No. 01, pp. 186-196.

LABRIE, Fernand; ARCHER, David F.; BOUCHARD, Celine; GIRARD, Ginette; AYOTTE, Normand; GALLAGHER, John; CUSAN, Leonello; BARON, Mira; BLOUIN, François; WALDBAUM, Arthur S.; KOLTUN, William; PORTMAN, David; CÔTÉ, Isabelle; LAVOIE, Lyne; BEAUREGARD, Adam; LABRIE, Claude; MARTEL, Céline; BALSER, John; MOYNEUR, Érick; e outros membros participantes da VVA Prasterone Group. **Prasterone has parallel beneficial effects on the main symptoms of vulvovaginal atrophy:52-week open-label study.** Maturitas. 2015, v. 81, No. 01, pp. 46-56.

LABRIE, Fernand; ARCHER, David F.; MARTEL, C.; VAILLANCOURT, M.; MONTESINO, M. **Combined data of intravaginal prasterone against vulvovaginal atrophy of menopause.** Menopause. 2017, v. 24, No 11, pp.:1246-1256.

LABRIE, Fernand; ARCHER, David F.; KOLTUN, William; VACHON, Andrée; YOUNG, Douglas; FRENETTE, Louise; PORTMAN, David; MONTESINO, Marlene; CÔTÉ, Isabelle; PARENT, Julie; LAVOIE, Lyne; BEAUREGARD, Adam; MARTEL, Céline; VAILLANCOURT, Mario; BALSER, John; MOYNEUR, Érick; e outros membros participantes da VVA Prasterone Group. **Efficacy of intravaginal dehydroepiandrosterone (DHEA) on moderate to severe dyspareunia and vaginal dryness, symptoms of vulvovaginal atrophy, and of the genitourinary syndrome of menopause.** Menopause: The Journal of The North American Menopause Society. 2016, v. 25, No. 11, pp. 1339-1353.

LABRIE, Fernand.; DEROGATIS, Leonard; ARCHER, David F.; KOLTUN, William; VACHON, Andrée; YOUNG, Douglas; FRENETTE, Louise; PORTMAN, David; MONTESINO, Marlene; CÔTÉ, Isabelle; PARENT, Julie; LAVOIE, Lyne; BEAUREGARD, Adam; MARTEL, Céline; VAILLANCOURT, Mario; BALSER, John; MOYNEUR, Érick; e outros membros participantes da VVA Prasterone Group. **Effect of Intravaginal Prasterone on Sexual Dysfunction in Postmenopausal Women with Vulvovaginal Atrophy.** The Journal of Sexual Medicine. 2015, v. 12, No 12, pp. 2401-2412.

LABRIE, Fernand; MARTEL, Celine. **A low dose (6.5 mg) of intravaginal DHEA permits a strictly local action while maintaining all serum estrogens or androgens as well as their metabolites within normal values.** Hormone Molecular Biology and Clinical Investigation. 2016, v. 29, No 2, pp. 39-60.

LABRIE, Fernand; MONTESINO, Marlene; ARCHER, David.F.; LAVOIE, Lyne; BEAUREGARD, Adam; CÔTÉ, Isabelle; Adam; MARTEL, Céline; VAILLANCOURT, Mario; BALSER, John; MOYNEUR, Érick; e outros membros participantes da VVA Prasterone Clinical Research Group. **Influence of treatment of vulvovaginal**

atrophy with intravaginal prasterone on the male partner. Climacteric. 2015, v. 18, No. 6, pp. 817-825.

LA ROSA, Valentina Lucia; CIEBIERA, Michael; LIN, Li-te; FAN, Shangrong; BUTTICÈ, Salvatore; SATHYAPALAN, Thozhukat; JEDRA, Robert; LORDELO, Patricia; FAVILLI, Alessandro. **Treatment of genitourinary syndrome of menopause: the potential effects of intravaginal ultralow concentration oestriol and intravaginal dehydroepiandrosterone on quality of life and sexual function.** Menopause Review/Przegląd Menopauzalny. 2019, v. 18, No. 02, pp. 116-122.

MARTEL, Celine; LABRIE, Fernand; ARCHER, David.F.; YOUYONG, Ke; GONTHIER, Renaud; SIMARD, Jean-Nicolas; LAVOIE, Lyne; VAILLANCOURT, Mario; MONTESINO, Marlene; BALSER, John; MOYNEUR, Érick; e outros membros participantes da VVA Prasterone Clinical Research Group. **Serum steroid concentrations remain within normal postmenopausal values in women receiving daily 6.5 mg intravaginal prasterone for 12 weeks.** The Journal of Steroid Biochemistry & Molecular Biology. 2016, v. 159, No. 01, pp. 142-153.

MITCHELL, Caroline M.; WAETJEN, Elaine. **Genitourinary Changes with Aging.** Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2018, v. 45, No. 04, pp. 737-750.

MONTESINO, Marlene; LABRIE, Fernand; ARCHER, David.F.; ZERHOUNI, Jaâfar; CÔTÉ, Isabelle; LAVOIE, Lyne; BEAUREGARD, Adam; MARTEL, Céline; VAILLANCOURT, Mario; MOYNEUR, Érick; BALSER, John. **Evaluation of the acceptability of intravaginal prasterone ovule administration using an applicator.** Gynecological Endocrinology. 2016, v. 32, No. 3, pp. 240-245.

NAUMOVA, Iuliia; CASTELO-BRANCO, Camil. **Current treatment options for postmenopausal vaginal atrophy.** International Journal of Women's Health. 2018, v. 10, No.01, pp. 387-395.

PATNI, Ranu. **Genitourinary Syndrome of Menopause.** Journal of Midlife Health. 2019, v. 10, No. 3, pp. 111-113.

PORTMAN, David; GASS, Margery L.S. **Genitourinary Syndrome of Menopause: New Terminology for Vulvovaginal Atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society.** The Journal of Sexual Medicine. 2014, v. 11, No. 12, pp. 2865-2872.

SZYMANSKI, Jacek; ZAREBA, Kornelia; JAKIEL, Grzegorz; SLABUSZEWSKA-JÓZWIAK, Aneta. **Genitourinary syndrome of menopause - is the problem solved? State of the art 2018.** Prz Menopauzalny. 2018, v. 17, No. 4, pp. 168-174.

THOMAS, Holly N.; NEAL-PERRY, Genevieve S.; HESS, Rachel. **Female Sexual Function at Midlife and Beyond.** Obstetrics and Gynecology Clinic North America. 2018, v. 45, No. 4, pp. 709-722.

PORTMAN, David; GASS, Margery L.S. **Genitourinary Syndrome of Menopause: New Terminology for Vulvovaginal Atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society.** The Journal of Sexual Medicine. 2014, v. 11, No. 12, pp. 2865-2872.

SZYMANSKI, Jacek; ZAREBA, Kornelia; JAKIEL, Grzegorz; SLABUSZEWSKA-JÓZWIAK, Aneta. **Genitourinary syndrome of menopause - is the problem solved? State of the art 2018.** Prz Menopausalny. 2018, v. 17, No. 4, pp. 168-174.

IMPORTÂNCIA DA DIETOTERAPIA NO TRATAMENTO DA ENDOMETRIOSE

Beatriz Marques Barbosa Louro

Acadêmica de Medicina na Universidade Federal do Amazonas. biabarbosalouro@hotmail.com;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4139-9199> Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5601909095757296>.

Bruna Borges Santos

Acadêmica de Medicina na Universidade Federal do Amazonas. brunasantos23@hotmail.com;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0607-8998> Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8770505975580468>.

Maressa de Moura Abraham Oliveira

Médica Ginecologista e Obstetra. Professora do Departamento de Saúde Materno Infantil da Universidade Federal do Amazonas. maressa.abraham@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1123-1413> Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5945498325892476>.

No atual contexto da medicina, o amplo uso de fármacos no tratamento de doenças cotidianas desestimula a adoção de terapias alternativas. Contudo, a dietoterapia, por exemplo – uma dieta controlada e coordenada com a patologia –, pode auxiliar no tratamento de diversas doenças. Sendo a endometriose uma patologia caracterizada pela presença de tecido endometrial de caráter benigno fora da cavidade uterina, questiona-se: como a dietoterapia pode auxiliar no tratamento da endometriose? Este trabalho é uma revisão de estudos que buscou compreender o papel do tratamento dietético na qualidade de vida de mulheres com endometriose. Concluiu-se, portanto, que uma série de alimentos e nutrientes, como por exemplo frutas e vegetais, podem ser apresentados e utilizados para auxiliar no tratamento do quadro de endometriose – sem desencadear efeitos colaterais como os fármacos comumente utilizados – visto que há evidências, na literatura, dos benefícios da dietoterapia em pacientes com endometriose.

Palavras-chave: endometriose, alimentação, dietoterapia.

In the current context of medicine, the widespread use of drugs in the treatment of everyday illnesses discourages the adoption of alternative therapies. However, diet therapy, for example - a diet controlled and coordinated with the pathology -, can help in the treatment of several diseases. As endometriosis is a pathology characterized by the presence of benign endometrial tissue outside the uterine cavity, the question is: how can diet therapy help in the treatment of endometriosis? This work is a review of studies that sought to understand the role of dietary treatment in the quality of life of women with endometriosis. It was concluded, therefore, that a series of foods and nutrients, such as fruits and vegetables, can be presented and used to assist in the treatment of endometriosis - without triggering side effects such as the drugs commonly used - since there is evidence, in the literature, of the benefits of diet therapy in patients with endometriosis.

Keywords: endometriosis, feed, diet therapy.

1 INTRODUÇÃO

Com o crescente avanço tecnológico na área da saúde, deparamo-nos, cada vez mais, com o surgimento de novos medicamentos farmacêuticos que agem no tratamento de doenças cotidianas. Contudo, o uso de tais fármacos muitas vezes desencadeia uma série de efeitos colaterais ao paciente. Além disso, a naturalização do uso excessivo de fármacos levou a uma redução na adoção de medidas alternativas no tratamento clínico. A dietoterapia como tratamento alternativo, por exemplo – uma dieta controlada e coordenada com a patologia –, pode auxiliar na abordagem de diversas doenças, entre elas a endometriose. O tratamento dietético diz respeito à mudança do comportamento alimentar do paciente visando a melhor recuperação do quadro patológico (SANTOS *et al.*, 2015).

Segundo Porfírio *et al.* (2017), a dietoterapia ocasiona a mudança no estilo de vida do paciente e é uma opção viável devido ao seu baixo custo, fácil acesso e poucos efeitos colaterais provocados. No caso da endometriose, a dietoterapia pode influir em aspectos fundamentais da patologia, como seus sintomas e sua progressão. Atualmente, os tratamentos utilizados para a endometriose não incluem a dietoterapia como um pilar fundamental, apesar de, possivelmente, o tratamento dietético ser um aliado na melhora do quadro de pacientes com endometriose.

De acordo com Amaral (2017), a endometriose é uma patologia caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. Inicialmente classificada em superficial ou peritoneal, de ovário e profunda, a endometriose, atualmente, recebe, também, a categoria de endometriose ou adenomiose (SANTOS *et al.*, 2015). As mulheres com quadro desta patologia podem apresentar sintomas em diferentes intensidades ou serem assintomáticas. Dentre os sintomas relatados pelas pacientes, os principais são dismenorreia, dor pélvica crônica, dispareunia e infertilidade (SANTOS *et al.*, 2015). A causa da dor no quadro de endometriose não é bem definida no atual contexto da patologia, no entanto, a dor pélvica é um dos principais responsáveis pelas consultas ginecológicas (MARZIALI *et al.*, 2012).

A etiologia da endometriose em si não está atualmente bem definida, todavia, segundo Halpern, Schor e Kopelman (2015), o estresse oxidativo está envolvido na fisiopatologia da endometriose e relaciona-se com a gênese e progressão da doença. Ademais, além de fatores genéticos, imunológicos e hormonais, fatores externos como

nutrição e estilo de vida também possuem influência direta em aspectos da endometriose, assim como em seu desenvolvimento e seus sintomas (CAMARGO, 2019). O diagnóstico da patologia tem como base fundamental o exame físico e a história clínica e é concluído com exames laboratoriais e exames de imagem (BOVE; SOUZA, 2019).

Segundo Santos *et al.* (2015), os tratamentos atualmente existentes e utilizados para endometriose são cirúrgicos (variando de procedimentos de baixa dificuldade até procedimentos mais complexos), ou através do uso de contraceptivos para controle do ciclo menstrual; podendo também o profissional de saúde combinar os dois tratamentos, de acordo com a particularidade de cada paciente. Nesse sentido, há comprovação da eficácia do tratamento clínico hormonal na amenização da dor, porém desencadeia-se uma série de efeitos colaterais a partir de seu uso.

A função primordial dos profissionais da área da saúde é trabalhar em prol da melhoria da qualidade de vida dos indivíduos presentes em uma sociedade. Nesse sentido, visando buscar alternativas que auxiliem profissionais de saúde e pacientes nesse processo, questiona-se: como um tratamento dietético pode melhorar a saúde de mulheres com quadro de endometriose? As hipóteses do estudo revelam que a adoção de medidas dietéticas gera alívio dos sintomas da endometriose sem causar efeitos colaterais, como alguns fármacos comumente utilizados provocam e, além disso, a adoção de tais medidas dietéticas promovem melhora na qualidade de vida dessas mulheres.

Sendo assim, este estudo traz como objetivo geral avaliar como a dietoterapia influencia na ocorrência de sintomas da endometriose e, como objetivos específicos, busca-se compreender o papel da dietoterapia na qualidade de vida de mulheres com endometriose e propor alimentos e nutrientes que possam auxiliar no tratamento da endometriose.

2 METODOLOGIA

Este trabalho trata de uma revisão de estudos, através de buscas nas principais bases de dados – Lilacs, Pubmed e Scielo.

A pesquisa teve como descritores “alimentação”, “endometriose” e “dietoterapia”. Foram utilizados “AND” e “OR” para associação de descritores. Além disso, a pesquisa ocorreu no período entre julho e agosto de 2020.

Os critérios de inclusão foram: relação direta com o tema, publicação nos idiomas português e inglês, disponibilidade da versão completa do artigo e trabalhos publicados nos últimos 10 anos (2010-2020). Foram excluídas as obras que não obedeciam a estas regras e foram selecionadas 14 publicações que cumpriram os critérios previamente estabelecidos.

3 RESULTADOS

Apesar de ser conhecida como a doença da mulher moderna, a endometriose ainda é uma patologia a ser melhor explorada pelos profissionais de saúde. Não há evidências de um procedimento ideal, que seja eficaz no tratamento da doença e dos sintomas, o que se reflete em pacientes que se queixam de dor mesmo após inúmeros tratamentos realizados (AMARAL, 2017).

Apesar de a etiopatogenia da endometriose não estar bem estabelecida atualmente (HALPERN; SCHOR; KOPELMAN, 2015), a teoria da menstruação retrógrada – combinada com fatores genéticos, imunológicos e de estilo de vida – é adotada para explicar a patologia. Essa teoria sugere que as células endometriais viáveis, descamadas durante a menstruação, atingem a cavidade peritoneal por refluxo através das tubas uterinas; implantando-se no local e ocasionando o crescimento de focos ectópicos da endometriose. Além disso, a endometriose é caracterizada por seu caráter estrógeno-dependente e isso se deve ao fato de que o estrogênio permite a progressão desses implantes ectópicos (CAMARGO, 2019).

O tratamento clínico hormonal mais amplamente adotado é o uso de análogos gonadotrofinas (GnRH-intramuscular ou subcutâneo uma vez por mês), que age melhorando a dor pélvica através da inibição da secreção de gonadotrofinas e consequente atrofia dos focos da doença. O uso desse tipo de medicação, entre outras, se deve ao fato de que são hormônios que impedem a menstruação, diminuindo a dor e os focos da doença (AMARAL, 2017). Contudo, de acordo com Santos *et al.* (2015), apesar da eficiência na amenização da dor em pacientes com endometriose, o uso de análogos do GnRH desencadeia diversos efeitos colaterais – ressecamento vaginal,

irritação, ardência, sensação de pressão, que acarretam dor na relação sexual (dispareunia). Sendo a endometriose uma patologia diretamente ligada a fatores hormonais e nutricionais (CAMARGO, 2019), estabelece-se que a dietoterapia influi em aspectos da patologia e, diferentemente de fármacos, não desencadeia efeitos colaterais a partir de sua adoção.

Um estudo caso-controle, apresentado no trabalho de Halpern, Schor e Kopelman (2015) e realizado por Parazzini *et al.* (2004), analisou 504 mulheres de idade mediana com diagnóstico de endometriose – sendo o grupo controle de 504 mulheres de idade mediana sem quaisquer desordens ginecológicas. Nessa análise, concluiu-se que a ingestão de frutas frescas (RR 0,6; 95% CI 0,4-0,8, p = 0,00) e vegetais verdes (RR 0,3; 95CI 0,2-0,5, p = 0,002) reduz significativamente o risco de desenvolver a endometriose.

Além da ingestão de frutas frescas e vegetais verdes, o controle no consumo de gordura também está relacionado ao risco de desenvolver endometriose (Quadro 1).

Nesse sentido, um estudo realizado por Mismmer *et al.* (2010), analisando 12 anos de dados (do Nurses 'Health Study II, iniciando em 1989) por meio de questionários de frequência alimentar, mostrou que o consumo total de gordura não foi associado ao risco de endometriose. Todavia, aqueles pacientes com alta ingestão de gordura trans-insaturada (encontrada em produtos processados, salgadinhos, margarina, entre outros) tiveram 48% mais probabilidade de possuir o diagnóstico da doença (RR = 1,48 - IC 95% 1,17- 1,88 p = 0,001), ao passo que uma maior ingestão de ácidos graxos ômega-3, de cadeia longa, foi associado a um risco 23% menor de endometriose (IC de 95% = 0,64-0,93; Pt = 0,003).

Corroborando os achados do estudo de Mismmer *et al.* (2010), foi realizado um estudo transversal com 205 mulheres submetidas à fertilização in vitro (FIV) por Hopeman *et al.* (2015), que buscou uma relação entre ácidos graxos poli-insaturados séricos específicos e totais e histórico de endometriose das pacientes analisadas. Nessa análise, apurou-se que mulheres com níveis séricos de ômega 3 mais altos foram 82% menos propensas ao diagnóstico de endometriose em comparação a mulheres com níveis menores (odds ratio = 0,18, intervalo de confiança de 95% 0,04-0,78). Segundo Bowen, Harris, Kris-Etherton (2016), peixes são a principal fonte de ômega 3.

Quadro 1 – Consumo de frutas, vegetais e gordura e o risco de endometriose.

Autor	Tipo de Estudo	Sujeito	Resultados		
			Vegetais	Frutas	Gordura
Parazzini <i>et al.</i> (2004)	Estudo caso controle	O grupo experimental (n=504) foi composto por mulheres de idade mediana com diagnóstico de endometriose. O grupo controle foi composto por mulheres de idade mediana sem desordens ginecológicas	↓	↓	Não encontrou influência
Mismmer <i>et al.</i> (2010)	Análise de dados por meio de questões de frequência alimentar	Foi realizado o acompanhamento de 586 153 pessoas-ano e destas foram relatados 1199 casos de endometriose confirmada por laparoscopia			↑Trans-insaturadas ↓Ômega-3
Hopeman <i>et al.</i> (2015)	Estudo transversal	O grupo analisado (n=205) foi composto por mulheres submetidas à fertilização in vitro (FIV)			↓Ômega-3

↑ Aumento no risco de endometriose

↓ Diminuição no risco de endometriose

Fonte: trabalhos descritos no quadro.

Ademais, segundo um estudo randomizado e com grupo controle por placebo, realizado por Santanan *et al.* (2013), houve associação entre a adoção de suplementação com antioxidantes e ocorrência de sintomas em pacientes com endometriose (Tabela 1). Foram avaliadas 59 mulheres, com idade entre 19 e 41 anos, com diagnóstico de endometriose. O estudo mostrou que sintomas como dor crônica, dismenorrea e dispareunia diminuíram em 43%, 37% e 24% dos pacientes no grupo de tratamento (n=46) em comparação com o grupo placebo (n=13), respectivamente.

Tabela 1 – Efeito da suplementação de antioxidantes na dismenorreia, dispareunia e dor crônica.

Grupo:	Antioxidantes			Placebo		
	Dismenorreia	Dispareunia	Dor crônica	Dismenorreia	Dispareunia	Dor crônica
Dor diminuída	16 (37%)	8 (24%)	18 (43%)	4 (36%)	0 (0%)	0 (0%)
Sem mudança	26 (60%)	24 (73%)	22 (52%)	6 (55%)	10 (100%)	11 (100%)
Aumento da dor	1 (2%)	1 (3%)	2 (5%)	1 (9%)	0 (0%)	0 (0%)
Sem dor na linha de base	1	9	4	1	3	2
N/D	2	4	0	1	0	0
Total	46	46	46	13	13	13

Fonte: SANTANAM, N. *et al.* Antioxidant supplementation reduces endometriosis-related pelvic pain in humans. **The Journal of Laboratory and Clinical Medicine**, vol. 161, n. 3, p. 189-195, 2013.

De acordo com Halpern, Schor e Kopelman (2015), uma dieta rica em vegetais verdes e frutas é fonte de nutrientes antioxidantes e os nutrientes com teor antioxidante são capazes de reduzir o estresse oxidativo. A liberação de espécies reativas de oxigênio (ROS), ou estresse oxidativo, possui papel fundamental na regulação do fator nuclear do fator de transcrição kappa b, que atua regulando a expressão de genes essenciais no processo inflamatório, na resposta imunológica. O estresse oxidativo, reduzido por nutrientes antioxidantes, é, portanto, fator chave para o desenvolvimento da endometriose e para a resposta inflamatória desencadeada na cavidade peritoneal (CAMARGO, 2019). Além disso, a endometriose é estrogênio dependente e frutas e vegetais aumentam a excreção deste hormônio, contribuindo para a regulação hormonal e estabilização da doença (HALPERN; SCHOR; KOPELMAN, 2015).

As vitaminas com caráter oxidantes são, principalmente, as vitaminas A, C e E. A vitamina A é encontrada em alimentos de origem animal como fígado, gema de ovo, produtos lácteos, enquanto os carotenoides (fontes de provitamina A) estão em fontes de origem vegetal como óleos, frutas e vegetais. A vitamina C está presente em brócolis, morango, pimentão verde e vermelho, entre outros. E a vitamina E é encontrada em grãos de cereais, nozes, verduras, ovos, peixes, etc. (SANTOS *et al.*, 2015).

Além dos nutrientes antioxidantes, literaturas mostram também que uma dieta isenta de glúten gera mudanças estatisticamente significativas nos sintomas dolorosos. Nesse sentido, foi apresentado no trabalho de Camargo (2019) um estudo realizado por Marziali *et al.* (2019), que buscou a correlação entre uma dieta isenta de glúten e a ocorrência dos sintomas da endometriose. Nesse estudo, analisou-se 207 pacientes com sintomas graves relacionados à endometriose, todos os pacientes receberam dieta sem glúten e nova avaliação foi realizada após 12 meses de dieta. Nesse acompanhamento, 156 (75%) pacientes relataram mudanças significativas nos sintomas, ao passo que apenas 51 (25%) relataram a não melhora dos sintomas. Vale ressaltar, ainda, que nenhum desses pacientes relatou a piora da dor.

O glúten é uma rede proteica complexa de polipeptídeos e são principalmente encontrados na família das gramíneas cultivadas – cevada, centeio, trigo e aveia – e seus derivados, como pão, cerveja, queijos e cereais (MARTINS, 2015).

4 CONCLUSÃO

Apesar da escassez de trabalhos publicados sobre o tema, a dietoterapia possui, certamente, um papel importante no tratamento da endometriose. Há, na literatura, evidências dos benefícios de uma dieta controlada e coordenada em pacientes com o quadro da patologia – que influencia tanto nos sintomas, quanto no surgimento, progressão e desenvolvimento da endometriose. Verifica-se, então, que uma série de nutrientes e alimentos podem auxiliar médicos e pacientes no tratamento da patologia, podendo significar uma melhora na qualidade de vida das mulheres com quadro de endometriose.

Portanto, podemos concluir que os objetivos propostos neste trabalho foram alcançados, a partir da revisão de estudos utilizando-se a metodologia descrita. A ingestão de frutas frescas e vegetais verdes e o controle da ingestão de determinados tipos de gordura, por exemplo, podem evitar o desenvolvimento da endometriose. Além disso, demonstra-se também que dietas com menores quantidades de glúten e com maiores quantidades de antioxidantes possibilitam o alívio nos sintomas de pacientes com a patologia.

Há na literatura escassez de trabalhos publicados sobre o tema e, mais do que isso, escassez de certezas científicas sobre a fisiopatologia da endometriose. Sem

compreender com clareza a patologia, torna-se mais difícil esclarecer e viabilizar a melhor forma de tratamento possível a pacientes com quadro de endometriose. Sendo assim, a endometriose é uma patologia que precisa da atenção de profissionais de saúde a fim de melhor compreendê-la e, portanto, melhor tratá-la.

REFERÊNCIAS

AMARAL, P. P. **Aspectos diagnósticos e terapêuticos da endometriose.** Ariquemes: Faculdade de Educação e Meio Ambiente, 2017. Monografia apresentada ao curso de Graduação em Farmácia.

BOVE, S. G. P.; SOUZA, S. M. A influência dos alimentos no tratamento da endometriose. **Rev. Conexão Eletrônica**, vol. 16, n.1, Três Lagoas (MS), 2019.

CAMARGO, B. B. **A influência dos fatores dietéticos na endometriose.** Manhuaçu: Centro Universitário UNIFACIG, 2019. Trabalho de Conclusão de Curso em Medicina.

HALPERN, G.; SCHOR, E.; KOPELMAN, A. Aspectos nutricionais relacionados à endometriose. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, vol. 61, n. 6, São Paulo, 2015.

HOPEMAN, M. M. *et al.* Serum Polyunsaturated Fatty Acids and Endometriosis. **Reproductive Sciences**, vol. 22, n.9, p. 1083-1087, 2015.

MARTINS, G. P. B. M. **Dieta sem glúten, qual sua real necessidade?** Brasília: Universidade de Brasília, 2015. Trabalho de Conclusão de Curso em Nutrição.

MARZIALI, M. *et al.* Gluten-free diet: a new strategy for management of painful endometriosis related symptoms. **Minerva chir**, vol. 67, n. 6, p. 499-504, 2012.

MISSMER, S. A. *et al.* A prospective study of dietary fat consumption and endometriosis risk. **Human Reproduction**, vol. 25, n. 6, p. 1528-1535, 2010.

PORFÍRIO, G. P. *et al.* O papel da dieta na etiologia da endometriose. **Revista Braspen Journal**, vol. 32, n. 2, p. 183-188, 2017.

SANTANAM, N. *et al.* Antioxidant supplementation reduces endometriosis-related pelvic pain in humans. **The journal of Laboratory and Clinical Medicine**, vol. 161, n. 3, p. 189-195, 2013.

SANTOS, A. P. M. *et al.* Nutrientes que auxiliam na prevenção e tratamento da endometriose. **Revista Eletrônica Método do Saber**. Ano 07, n. 9, p. 51-55, 2015.



Editora
IDEIA
Inst. de Desen. Educ. Interd. e Aprendizagem