



# SAÚDE DA MULHER E O CUIDADO OBSTÉTRICO

Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro Menezes  
Lucélia Rodrigues Afonso  
Maíra Maria Leite de Freitas  
Tamara Braga Sales  
Victor Hugo Santos de Castro  
(Organizadores)



Editora Poisson

1ª Edição  
2020

Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro Menezes  
Lucélia Rodrigues Afonso  
Maíra Maria Leite de Freitas  
Tamara Braga Sales  
Victor Hugo Santos de Castro  
(Organizadores)

# Saúde da mulher e o cuidado obstétrico

1ª Edição

Belo Horizonte  
Poisson  
2020

**Editor Chefe:** Dr. Darly Fernando Andrade

**Conselho Editorial**

Dr. Antônio Artur de Souza – Universidade Federal de Minas Gerais  
Ms. Davilson Eduardo Andrade

Dra. Elizângela de Jesus Oliveira – Universidade Federal do Amazonas  
Msc. Fabiane dos Santos

Dr. José Eduardo Ferreira Lopes – Universidade Federal de Uberlândia  
Dr. Otaviano Francisco Neves – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Dr. Luiz Cláudio de Lima – Universidade FUMEC

Dr. Nelson Ferreira Filho – Faculdades Kennedy

Ms. Valdiney Alves de Oliveira – Universidade Federal de Uberlândia

**Análise textual, correção ortográfica e linguística**

Maria Meiriane Freire Aguiar

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

S255

Saúde da mulher e o cuidado obstétrico/  
Organizadores: Cláudia Patrícia da Silva  
Ribeiro Menezes, Lucélia Rodrigues Afonso,  
Maíra Maria Leite de Freitas, Tamara  
Braga Sales, Victor Hugo Santos de Castro  
Belo Horizonte - MG: Poisson, 2020

Formato: PDF

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5866-005-7

DOI: 10.36229/978-65-5866-005-7

1. Saúde 2. Medicina 3. Enfermagem  
I. Menezes, Cláudia Patrícia da Silva  
Ribeiro. II. Afonso, Lucélia Rodrigues. III.  
Freitas, Maíra Maria Leite de. IV. Sales,  
Tamara Braga Sales. V. Castro, Victor Hugo  
Santos de.

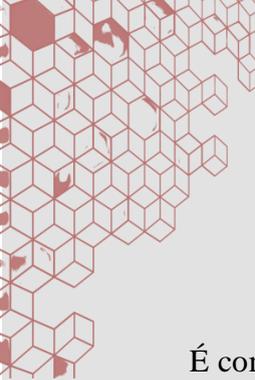
CDD-610

**Sônia Márcia Soares de Moura - CRB 6/1896**

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

[www.poisson.com.br](http://www.poisson.com.br)

[contato@poisson.com.br](mailto:contato@poisson.com.br)



## *Prefácio*

É com imensa satisfação que contextualizo e deslendo a prazerosa leitura do Livro Saúde da mulher e o cuidado obstétrico, tendo como uma característica fundamental dos pesquisadores - fomentar no leitor a curiosidade pela temática. Este livro foi elaborado e desenhado com o olhar crítico, reflexivo e humanizado dos pesquisadores para elencar a importância da assistência saúde da mulher e a humanização do cuidado obstétrico, respeitando os princípios éticos e legais que permeiam a integralidade do atendimento com qualidade o cuidado obstétrico.

Na oportunidade, enfatizamos que este livro tem um olhar cuidadoso, especial, peculiar e singular amparado por realizadores de sonhos e construtores de saberes distintos. Deste modo, esta singela leitura sinaliza a realização de um sonho acadêmico e a promoção da saúde em suas mais variadas linhas de pesquisa.

É fundamental que o profissional da saúde reconheça que a gestante é a protagonista do momento materno e que independentemente do número de gestações, cada trabalho de parto tem seu processo histórico, familiar e que deve ser respeitado e praticado dentro dos princípios legais. Portanto, a saúde da mulher representa uma forma esplendorosa de vigor, aprendizado e descoberta. Logo, não cabe em momento algum, qualquer tipo de julgamento e/ou olhares de repreensão do profissional.

Apresentamos seis capítulos que descrevem as estratégias metodológicas que conduzirá ao leitor ao processo de partilhar os achados críticos – reflexivos, respeitando o cuidado com a saúde da mulher. Com isso, tem - se como pilar de leitura, o alicerce científico que conduzirá o pesquisador a um nível de empoderamento prático e sólido.

O primeiro capítulo buscou identificar e sintetizar na literatura as ações desempenhadas pelo enfermeiro na consulta de pré-natal para a prevenção de sífilis congênita.

No segundo capítulo abordou analisar por meio da literatura científica, os principais motivos da não adesão ao exame Papanicolau.

O terceiro capítulo tratou de identificar a produção científica referente a humanização e a atuação da enfermagem no parto normal.

No quarto capítulo objetivou relatar a vivência com uma gestante no pós-termo no Centro Obstétrico.

O quinto capítulo investigou através das revisões de literatura, quais os principais métodos não farmacológicos utilizados para o alívio da dor no trabalho de parto.

No que concerne ao sexto capítulo buscou investigar a percepção da enfermagem obstétrica frente a violência obstétrica.

Então sejam bem-vindos a esse momento apaixonante de aprendizagem. Esperamos que este livro lhe proporcione a promoção automática do saber crítico, holístico e reflexivo.

*Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro Menezes*

## ***Organizadores***



### **Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro Menezes**

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário da Grande Fortaleza (UNIGRANDE). Graduada em Pedagogia pela Universidade Vale do Acaraú (UVA). Especialista em Saúde Pública e em Pesquisa Científica pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especializanda em Estomaterapia pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ). Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Participação ativa no grupo de pesquisa - Doenças crônicas em crianças e adolescentes, família, saúde coletiva e enfermagem (DOCAFS). Gerente do Controle Interno Preventivo e Inovação da Secretaria Municipal da Educação (SME). Coordenadora Pedagógica da empresa *Edukah* Consultoria e Serviços Educacionais Ltda.



### **Lucélia Rodrigues Afonso**

Enfermeira pelo Centro Universitário da Grande Fortaleza (UNIGRANDE). Especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Funcionária Pública Federal (Hospital Universitário Walter Cantídio-CE. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).



### **Máira Maria Leite de Freitas**

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará- UFC. Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde - PET Saúde do Ministério da Saúde vinculado à Universidade Federal do Ceará- UFC. Membro da Liga Acadêmica de Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia (LAEGO) da Universidade Federal do Ceará- UFC.



### **Tamara Braga Sales**

Enfermeira, mestra em Avaliação de Políticas Públicas pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente da pós-graduação em Enfermagem Pediátrica e Neonatal da Faculdade de Quixeramobim (UNIQ/Fortaleza).



### **Victor Hugo Santos de Castro**

Licenciado em Educação Física pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Especialista em Gestão em Saúde e em Gestão Pedagógica (UECE) e em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESPCE), na modalidade residência multiprofissional. Mestrando no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da UECE.

# SUMÁRIO

**Capítulo 1: O papel da enfermagem na consulta pré-natal para a prevenção de Sífilis congênita ..... 07**

Cristiane de Oliveira da Silva, Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro Menezes, Raquel Guimarães Tavares Martins, Sara Maria Oliveira Bandeira, Andreza Kelly Cardoso da Silva Soares, Isabel Maria Nobre Vitorino Kayatt, Ariane Spat Ruviaro

**DOI:** 10.36229/978-65-5866-005-7.CAP.01

**Capítulo 2: Motivos da não adesão ao exame papanicolau: Uma revisão integrativa 19**

Elayne Cristina Mendes Martins Silva, Islany Pereira de Sousa, Lucélia Rodrigues Afonso, Andreza Kelly Cardoso da Silva Soares, Marina da Silva Nobre, Michelle Soeiro de Oliveira, Ariane Spat Ruviaro

**DOI:** 10.36229/978-65-5866-005-7.CAP.02

**Capítulo 3: Humanização e atuação da enfermagem no parto normal: Revisão integrativa..... 28**

Nastachê Monteiro Monte, Marina da Silva Nobre, Jaqueline Gomes de Souza Santos, Michelline Soeiro de Oliveira, Roberta Liviane da Silva Picanço, Rafaela Aguiar da Silva, Caroline Dantas dos Santos

**DOI:** 10.36229/978-65-5866-005-7.CAP.03

**Capítulo 4: Assistência de enfermagem no pós-termo: Relato de experiência..... 34**

Carla Vanessa Pinheiro da Silva, Hélio de Almeida Nobre Junior, Tamara Braga Sales, Roberta Liviane da Silva Picanço, Lucélia Fernandes de Almeida Lima

**DOI:** 10.36229/978-65-5866-005-7.CAP.04

**Capítulo 5: Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto..... 40**

Amanda Gondim Gomes, Etevaldo Deves Fernandes Neto, Victor Hugo Santos de Castro, Francisca Antonia do Vale Gomes, Sara Maria Oliveira Bandeira, Marcia Alves Ferreira, Maíra Maria Leite de Freitas, Ismael Pereira Maciel

**DOI:** 10.36229/978-65-5866-005-7.CAP.05

**Capítulo 6: Enfermagem e violência obstétrica: Uma revisão integrativa ..... 51**

Amanda Gondim Gomes, Samara Gomes Matos Girão, Raquel Guimarães Tavares Martins, Lívia Lopes Custódio, Cibelle Regina Barbosa da Silva, Maria Liliane Miranda da Costa, Ana Beatriz da Silva Ribeiro

**DOI:** 10.36229/978-65-5866-005-7.CAP.06

**Autores: ..... 58**

# Capítulo 1

## *O papel da enfermagem na consulta pré-natal para a prevenção de Sífilis congênita*

*Cristiane de Oliveira da Silva*

*Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro Menezes*

*Raquel Guimarães Tavares Martins*

*Sara Maria Oliveira Bandeira*

*Andreza Kelly Cardoso da Silva Soares*

*Isabel Maria Nobre Vitorino Kayatt*

*Ariane Spat Ruviaro*

**Resumo:** A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, disseminada mundialmente, a sífilis na gravidez, quando não tratada, pode evoluir com a transmissão vertical e o feto desenvolver a sífilis congênita, trazendo uma série de complicações para o mesmo. O objetivo dessa pesquisa foi identificar e sintetizar na literatura as ações desempenhadas pelo enfermeiro na consulta de pré-natal para a prevenção de sífilis congênita. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura (RIL) que visa contribuir para a análise do conhecimento disponível, foi realizada em seis etapas. A coleta de dados aconteceu no mês de novembro de 2019, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde se encontrou 33 artigos, após os critérios de inclusão e exclusão, apenas seis artigos compuseram essa RIL, todos estão na língua portuguesa. A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, através de quadros, fazendo a discussão através da comparação entre os achados. As intervenções de enfermagem para a prevenção da sífilis congênita na consulta de pré-natal foram: orientações sobre a sífilis congênita e sobre o tratamento da sífilis; notificação da sífilis gestacional; acompanhamento e tratamento da gestante e de seu parceiro; postura acolhedora e de formação de vínculo por parte do enfermeiro; acompanhamento do tratamento através da realização do VDRL; atividades de educação em saúde. Dessa maneira, vê-se que existem diversas possibilidades para a atuação do enfermeiro no pré-natal para a prevenção da sífilis congênita, principalmente com o foco na detecção precoce do diagnóstico, tratamento adequado da gestante e do seu parceiro, mas também com orientações, explicações, esclarecimentos de dúvidas, para isso o enfermeiro precisar estar preparado para lidar com as demandas da gestante.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Sífilis. Sífilis Congênita. Consulta de Pré-natal.

## 1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, de evolução crônica, disseminada mundialmente e historicamente conhecida e descrita por estar no grupo das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), tem como agente etiológico o *Treponema pallidum*, é uma doença de importância para a saúde pública, pois apesar de ter tratamento e cura, atualmente, ainda acomete uma parte significativa da população mundial, incluindo as gestantes (BRASIL, 2017, 2010).

A sífilis pode ser transmitida por contágio genitoanal, transmissão vertical (mãe-filho) e, em casos mais raros, por transfusão sanguínea. A sífilis na gravidez, quando não tratada, pode evoluir com a transmissão vertical e o feto desenvolver a sífilis congênita, trazendo uma série de complicações para o mesmo. Estima-se que a sífilis congênita afeta um milhão de gestantes por ano, mundialmente, o que resulta em pelo menos 300 mil mortes fetais e neonatais, além de poder ocasionar a morte prematura de mais de 200 mil crianças (BRASIL, 2017; 2010).

No Brasil, nos últimos cinco anos, foi observado um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida, que pode ser atribuído, em parte, pelo aumento da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativo, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, entre outros. Além disso, o aprimoramento do sistema de vigilância pode se refletir no aumento de casos notificados (BRASIL, 2017, p. 5).

A sífilis congênita, então, repercute em um cenário negativo para a saúde materno-infantil do País, podendo se associar a problemáticas no atendimento da Atenção Primária e da cobertura do pré-natal, trazendo questionamentos sobre a qualidade no atendimento, realização dos exames e do número mínimo de consultas, pois se entende que o aumento dos casos de sífilis congênita associa-se a alguma falha que ocorreu no período gestacional, seja no tratamento, na identificação do diagnóstico ou na busca ativa dessa gestante, que muitas vezes não retorna para as consultas do pré-natal (SOUSA et al., 2014).

É importante ressaltar que o pré-natal de baixo risco é realizado no âmbito da Atenção Primária em saúde, geralmente por um enfermeiro, sendo amparado pela política da Rede Cegonha que visa garantir a diminuição da mortalidade materna e neonatal, bem como um cuidado humanizado, contínuo e resolutivo no período gestacional, dessa forma foi implementado, juntamente a outros testes, o teste rápido de sífilis, como um indicador da qualidade da assistência (OLIVEIRA et al., 2016).

A Rede Cegonha também reconfigurou o trabalho do enfermeiro diante do atendimento à gestante, não só na realização do pré-natal, mas também durante parto e puerpério. Tendo esse profissional a responsabilidade de acompanhar o pré-natal, o que implica na solicitação de exames, logo, na interpretação dos resultados e nas condutas adequadas, além do mais, também pode realizar atividades de educação em saúde, tanto para as mulheres gestantes, quanto para os seus familiares (OLIVEIRA et al., 2016).

O pré-natal é um momento, então, onde a gestante espera ser acolhida pelo enfermeiro e atendida em suas demandas, o que nem sempre acontece, pois o profissional pode não se sentir preparado para lidar com alguma situação desse encontro (GOMES et al., 2019), no entanto é “o objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas” (BRASIL, 2013, p. 33).

Nesse sentido, percebe-se que o momento do pré-natal é ideal para que o enfermeiro consiga identificar o diagnóstico de sífilis e iniciar o tratamento de forma imediata, tanto da gestante como do possível parceiro, para prevenir o desfecho da sífilis congênita, podendo utilizar de diversas estratégias para sensibilizar a paciente sobre a importância do tratamento e acompanhamento sorológico, bem como sobre a não reinfecção e o risco da doença para o bebê (BRASIL, 2010).

Vale salientar, que quanto mais recente a infecção pela sífilis, maior o risco de transmissão vertical, por isso, a preocupação em evitar as reinfecções, que geralmente acontecem quando o companheiro também possui a doença, mas não é tratado. Na sífilis primária e secundária, o risco de infecção fetal chega a ser de 100%, quanto na latente tardia e terciária cai para 30% (BRASIL, 2010).

Esse estudo, justifica-se, então, pelo caráter significativo da sífilis no cenário epidemiológico mundial e nacional, o aumento de casos durante a gestação e conseqüentemente um aumento da sífilis congênita, como também por ser o pré-natal um momento em que o enfermeiro está próximo da gestante e pode intervir para o bom andamento do tratamento da doença e o alcance da cura sem que haja sequelas para o feto.

A relevância do estudo se dá para os acadêmicos de enfermagem, pois contribui com a construção do conhecimento existente, para os próprios enfermeiros, que terão um material atualizado, com evidência científica sobre as intervenções que podem ser realizadas durante o pré-natal para a prevenção da sífilis congênitas.

Sendo assim, a partir da discussão da problemática da sífilis congênita e do papel do enfermeiro durante a consulta do pré-natal, gerou-se o seguinte questionamento: Quais são as ações desempenhadas pelo enfermeiro na consulta de pré-natal para a prevenção de sífilis congênita? Portanto, o objetivo desta revisão integrativa foi identificar e sintetizar na literatura as ações desempenhadas pelo enfermeiro na consulta de pré-natal para a prevenção de sífilis congênita.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura (RIL) que visa contribuir para a análise do conhecimento disponível, integrando resultados de pesquisa para propor ou identificar ações em saúde que geram mais resultados ou são mais eficazes, colaborando assim para o saber-fazer do enfermeiro, além do mais a realização de uma RIL pode ser utilizada para definição de conceitos, revisão de teorias e analisar as diferentes metodologias empregadas nas pesquisas para, inclusive, tecer uma crítica sobre a confiabilidade do método (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Esta revisão seguirá os passos propostos por Mendes, Silveira e Galvão (2008): estabelecimento de hipótese ou questão de pesquisa; amostragem ou busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados; síntese do conhecimento ou apresentação da revisão, dessa forma se dará através de seis etapas.

A primeira etapa (estabelecimento de hipótese ou questão de pesquisa) foi utilizada para auxiliar no processo de formulação da pergunta de pesquisa a Estratégia PICO, fazendo parte do movimento das Práticas Baseadas em Evidências (PBE), ainda segundo Santos, Pimenta, Nobre (2007, p. 2) essa estratégia “maximiza a recuperação de evidências nas bases de dados, foca o escopo da pesquisa e evita a realização de buscas desnecessárias”. Assim, segue no quadro abaixo a demonstração da sua aplicação nesse estudo.

Quadro 1 – Estratégia PICO

P	Population/Patient/Problem (População/Paciente/Problema)	Sífilis na gravidez/Sífilis congênita
I	Intervention (Intervenção)	Cuidados de enfermagem
C	Comparison (Comparação)	—
O	Outcome (Resultado/Desfecho).	Cuidados que visam prevenir durante o pré-natal a sífilis congênita

Fonte: elaborado pelos autores.

Dessa maneira, a pergunta problema ficou definida como: Quais são as ações desempenhadas pelo enfermeiro na consulta de pré-natal para a prevenção de sífilis congênita?

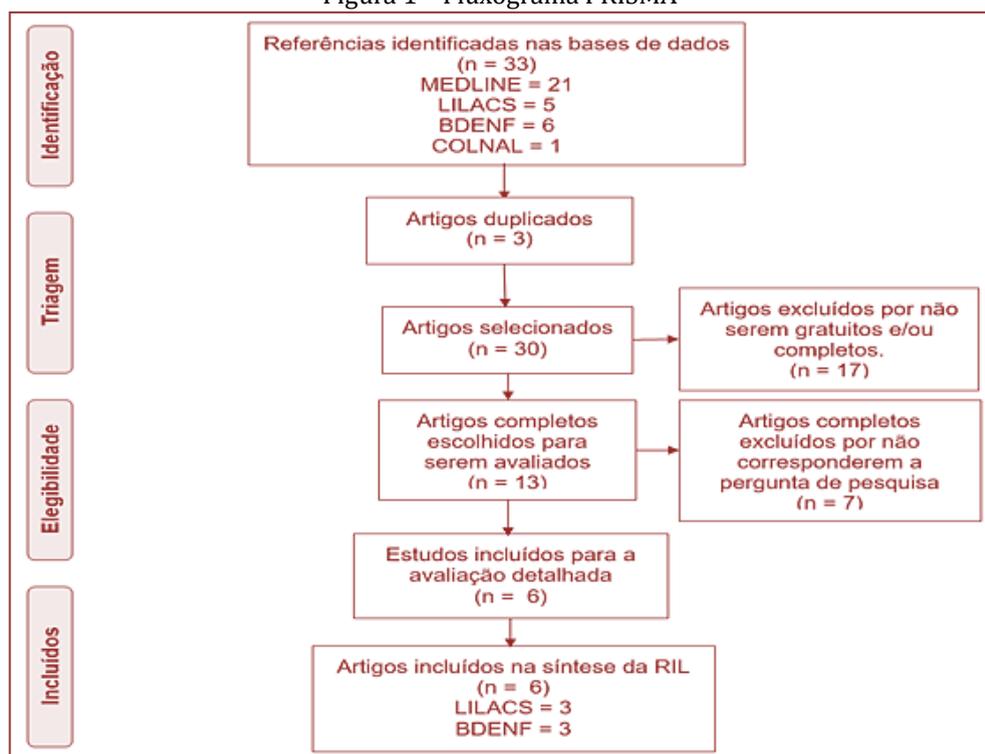
Para a realização da segunda etapa (amostragem ou busca na literatura) que se deu no mês de novembro foi necessário estabelecer critérios de inclusão e exclusão, bem como selecionar os descritores ou palavras-chave para a busca nas bases de dados por meio do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Assim, os descritores foram selecionados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)/Medical Subject Headings (MeSH) tendo acordo com a estratégia PICO, utilizando-se a seguinte combinação como chave de busca nos campos assunto, título e resumo: *Nursing* (Enfermagem) “AND” *Syphilis* (Sífilis) “OR” *Congenital Syphilis* (Sífilis Congênita) “AND” *Prenatal Care* (Cuidado Pré-Natal).

Como critérios de inclusão, determinou-se que os artigos incluídos seriam os oriundos de estudos primários, disponíveis em português, inglês ou espanhol, na íntegra e gratuitamente e que respondessem à questão norteadora. Foram excluídos os artigos que não respondiam a pergunta de pesquisa e outros tipos de pesquisa que não são originais como editoriais, revisões, dentre outros.

Ao cruzar os descritores, foram encontrados o total de 30 artigos, dentre eles somente 13 artigos estavam em sua versão completa e/ou gratuita, cinco estavam na língua inglesa. Ao se realizar leitura flutuante, identificou-se que sete estudos não correspondiam a pergunta da pesquisa, portanto apenas seis artigos foram incluídos na avaliação detalhada, abaixo segue o fluxograma PRISMA para exemplificar o processo da seleção da amostra do estudo.

Figura 1 - Fluxograma PRISMA



Fonte: Fluxograma PRISMA adaptado de Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman e Grupo Prisma (2009).

Na terceira etapa da RIL, deve-se começar a analisar os estudos de forma mais aprofundada, preparando-se para o momento da interpretação dos dados, logo se dá como na pesquisa de campo, em que o pesquisador precisa separar os dados coletados para só depois agrupá-los e sintetizá-los, para tanto, é necessário elaborar um banco de dados com as principais informações dos estudos incluídos, aquelas que realmente ajudarão na análise crítica das obras (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Sendo assim, utilizou-se como guia para a construção do banco de dados as orientações de Ursi e Galvão (2006), fazendo algumas adaptações, então o instrumento conta com as seguintes informações: título da pesquisa; nomes dos autores; objetivo; principais resultados/intervenções; conclusões.

Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008) nesse momento ainda é possível fazer a exclusão de algum estudo que se identifique não colaborar para a elucidação da pergunta problema. Ainda, utilizando-se de diferentes abordagens, para avaliar os estudos incluídos, pode-se trabalhar com a análise estatística, bem como com questionamentos à respeito da metodologia do estudo, entre outros.

Assim, nesse estudo buscou-se uma análise mais qualitativa dos artigos incluídos, identificando o rigor metodológico, a pergunta problema utilizada, os sujeitos envolvidos e as contribuições para o conhecimento em enfermagem.

Nessa etapa é o momento da discussão dos achados, avaliando criticamente os estudos incluídos, estabelecendo comparações com o conhecimento teórico, identificando conclusões e implicações

resultantes da revisão integrativa. A partir das lacunas, apontar sugestões pertinentes para futuras pesquisas que visem a melhora da assistência em saúde (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a interpretação dos resultados, optou-se por descrever os dados coletados em quadros, além de discutir com a literatura pertinente sobre as intervenções de enfermagem para a prevenção de sífilis congênita na consulta de pré-natal, fazer as sugestões e apontamento de lacunas no conhecimento.

“Esta etapa consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos” (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p. 763).

Assim, a RIL foi estruturada e apresentada da forma mais clara e objetiva possível para estruturar o conhecimento produzido em saúde para a colaboração da prevenção do desfecho de sífilis congênita.

Ressalta-se ainda, que em relação aos aspectos éticos e legais, por não se tratar de pesquisa direta com seres humanos, não precisou ser submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para situar o estado da arte do objeto de estudo, realizou-se uma revisão da literatura, incluindo manuais do Ministério da Saúde e alguns artigos científicos para que só depois fosse realizada a busca para a RIL.

#### 3.1 CONSULTA DE PRÉ-NATAL E ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

A consulta de pré-natal é uma das ações do Ministério da Saúde para promover avanços na política de saúde da mulher, visando, principalmente a diminuição do óbito materno e fetal, proporcionando as mulheres durante a gravidez atendimento humanizado e de qualidade.

A assistência pré-natal adequada (componente pré-natal), com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar (sistema de regulação – “Vaga sempre para gestantes e bebês”, regulação dos leitos obstétricos, plano de vinculação da gestante à maternidade), além da qualificação da assistência ao parto (componente de parto e nascimento – humanização, direito à acompanhante de livre escolha da gestante, ambiência, boas práticas, acolhimento com classificação de risco – ACCR), são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2013, p. 21).

O enfermeiro é um dos profissionais que integram a equipe de saúde da família no contexto da Atenção Primária do Sistema Único de Saúde (SUS) e que pode realizar a consulta de pré-natal de baixo risco, intercaladas com a do profissional médico, entre as suas responsabilidades para prestar assistência de qualidade à gestante estão: orientações à respeito da amamentação e vacinação; solicitar exames complementares; realizar testes rápidos; prescrever medicamentos padronizados; desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos, entre outros (BRASIL, 2013).

Assim, vê-se que as responsabilidades do enfermeiro para a realização da consulta de pré-natal exigem que esse profissional entenda as transformações que acontecem durante a gravidez, tanto nos aspectos físicos, mas também psicológicos, tenha conhecimentos adequados sobre o processo saúde-doença no ciclo gravídico, atenda a mulher em todas as suas necessidades e consiga intervir de forma rápida e assertiva para prevenir qualquer dano para o feto (MIRANDA; SILVA; MANDÚ, 2018).

Para que tudo isso aconteça, o enfermeiro precisa ter um olhar ampliado e integral sobre saúde, trabalhando no foco da promoção e da prevenção, pois é no pré-natal onde a maioria das situações que podem prejudicar o bom andamento da gestação, parto e puerpério podem ser identificadas e resolvidas, para tanto, o enfermeiro precisa saber quais intervenções devem ser tomadas diante das diferentes situações, para que a maioria das vezes as orientações dadas pelo enfermeiro não sejam voltadas somente para o aleitamento materno, como geralmente ocorre (GARCIA et al., 2018).

A realização do pré-natal pelo enfermeiro tem o diferencial deste profissional, geralmente, consegue ter um olhar sobre as questões sociais e culturais que envolvem a gestante, além de ter um preparo para a educação em saúde, agindo com a criação de vínculo e oportunizando a troca de saberes, onde a gestante possa se sentir realmente influenciada e sensibilizada pelas orientações e explicações dadas pelo

enfermeiro, inclusive para o controle de alguma situação de doença que possa se instalar durante a gravidez (CAMPAGNOLI; SILVA; RESENDE, 2019).

Portanto, a atuação do enfermeiro durante o pré-natal coloca este profissional em contato direto com as gestantes, utilizando-se dos seus diferentes conhecimentos para proporcionar um acompanhamento de qualidade, que deve ser no âmbito de acompanhamentos e realização de exames, vacinação, mas que também deve ser na prevenção de quadros ameaçadores da vida da mãe e do feto (SILVA et al., 2016).

### SÍFILIS NA GRAVIDEZ: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E DESFECHO DA SÍFILIS CONGÊNITA

A detecção da sífilis na gestação traz uma série de mudanças e implicações para o acompanhamento pré-natal, por ser uma infecção sexualmente transmissível, traz consigo a dúvida de como se contraiu, muitas vezes colocando em prova o relacionamento que a gestante vive, o que poderia então ser um momento de felicidade, acaba se tornando um momento de sofrimento e incerteza, onde o enfermeiro precisa se preocupar não só com o acompanhamento do tratamento da doença, mas também com a sua estabilidade psicológica.

A sífilis adquirida é de contato sexual, tem um período de incubação de 10 a 90 dias, é de fácil detecção, principalmente com a implementação do teste rápido, o diagnóstico acaba sendo clínico, epidemiológico e laboratorial, com destaque para o resultado do VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), o qual as gestantes realizam no início do pré-natal e do terceiro trimestre, a fim de prevenir a transmissão vertical da doença e o desfecho da sífilis congênita (BRASIL, 2013, 2010).

A realização do VDRL no início do terceiro trimestre permite que o tratamento materno seja instituído e finalizado até 30 dias antes do parto, intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja considerado tratado intraútero. Quando o teste é feito durante a internação para o parto, além de interromper a evolução da infecção e suas sequelas irreversíveis, ele possibilita o tratamento precoce da criança (BRASIL, 2013, p. 201).

A sífilis gestacional pode se apresentar de três formas: sífilis primária, secundária e terciária. Na sífilis primária, há presença da lesão inicial, comumente conhecida como cancro duro, surgindo em média 21 dias após a infecção, pode se dar em forma de úlcera indolor na região genital que desaparece após quatro semanas. Na sífilis secundária, a bactéria se espalha pelo organismo, geralmente as manifestações ocorrem de seis a oito semanas após o aparecimento do cancro duro, podendo surgir pápulas palmo-plantares, alopecia, adenopatia generalizada, condilomas planos que tendem a desaparecer após seis meses. Já a sífilis terciária pode demorar de 2 a 40 anos para se manifestar, ocorrendo quando o indivíduo geralmente não foi tratado corretamente não recebeu nenhum tratamento, o acometimento é de vários sistemas, como cardiovascular, ósseo, cutâneo e nervoso (BRASIL, 2010).

O tratamento da sífilis é feito com a penicilina benzatina e pode ser realizado na Atenção Primária, devendo ser de acordo com a fase clínica em que se encontra (BRASIL, 2016):

- Sífilis primária: 2.400.000 UI, intramuscular em dose única (1.200.000 em cada glúteo);
- Sífilis recente secundária e latente: 2.400.000 UI, intramuscular, repetida após 1 semana, sendo a dose total de 4.800.000 UI;
- Sífilis tardia (latente e terciária): 2.400.000 UI, intramuscular, semanal, por 3 semanas, perfazendo a dose total de 7.200.000 UI.

A transmissão vertical da sífilis acontece quando na ausência de tratamento ou no tratamento tardio, o *Treponema pallidum* tem a oportunidade de se disseminar e alcançar a placenta, o cordão umbilical, membranas e fluido amniótico, dessa forma consegue atingir o feto, a infecção pode acontecer também durante o parto por lesão na genitália materna (BRASIL, 2011).

A sífilis congênita é uma doença de notificação compulsória, pode ser tida como recente, são os casos diagnosticados até o 2º ano de vida; tardia, casos diagnosticados após o 2º ano de vida e a sífilis congênita precoce. Para a determinação do caso, é exigida uma avaliação epidemiológica materna, avaliação clínica, com exames de imagem e laboratoriais da criança, pois muitos recém-nascidos, além da prematuridade e baixo peso ao nascer, apresentam-se assintomáticos ao nascer ou com sintomas inespecíficos (BRASIL, 2013).

Pode ocorrer sintomas no recém-nascido com sífilis congênita, podendo apresentar algumas manifestações: hepatoesplenomegalia, prematuridade, restrição do crescimento intrauterino, lesões cutâneo-mucosas, lesões ósseas, adenomegalia generalizada, lesões pulmonares e renais, edema, hidropsia, meningoencefalite assintomática e anemia, na sífilis congênita tarde (após os 2 anos de idade) é mais comum problemas ósseos, articulares, dentários, neurológicos e oculares progressivos, prejudicando o desenvolvimento da criança (BRASIL, 2011).

Os achados laboratoriais mais frequentes na sífilis congênita incluem alterações radiológicas de ossos longos e alterações no líquido cefalorraquídeo (LCR), hematológicas (anemia, leucopenia ou leucocitose e trombocitopenia) e de enzimas hepáticas. O diagnóstico de meningoencefalite é baseado nas alterações sorológicas, citológicas e/ou bioquímicas do LCR, sendo utilizadas para diagnóstico de neurosífilis. Essas alterações geralmente estão presentes nas crianças sintomáticas, mas também podem ocorrer nas assintomáticas (BRASIL, 2011, p. 100).

Para o tratamento de sífilis congênita, o quadro abaixo exemplifica os esquemas que podem ser adotados:

Quadro 2 – Tratamento da sífilis congênita

RN até 4 semanas de idade:	
Penicilina G Cristalina (EV)	50.000UI/Kg/dose, 2 doses por dia (12/12 horas) na 1ª semana 3 doses por dia (8/8 horas) entre a 2ª e a 4ª semanas Duração do tratamento: 10 dias
Penicilina G Procaína (IM)	50.000UI/Kg/dose, dose única diária, 10 dias
Penicilina G Benzatina (IM)	50.000UI/Kg/dia, dose única
Crianças com idade maior que 4 semanas	
Penicilina G Cristalina (EV)	50.000UI/Kg/dose, 4/4 horas, 10 dias
Penicilina G Procaína (IM)	50.000UI/Kg/dose, 12/12 horas, 10 dias
Penicilina G Benzatina (IM)	50.000UI/Kg/dia, dose única

Fonte: Brasil, 2011, p. 104.

Conclui-se, que o diagnóstico de sífilis na gravidez é de fácil obtenção, o tratamento também, sendo importante a sensibilização da gestante, do parceiro e dos familiares das consequências do abandono do tratamento para a saúde da criança, pois a sífilis congênita traz muitas repercussões negativas para o desenvolvimento da mesma, além de onerar os serviços de saúde públicos.

#### 4. CARACTERIZAÇÃO E APRESENTAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA

Os resultados coletados dos artigos incluídos na RIL foram organizados em quadros para uma melhor compreensão e exposição dos achados, depois a discussão foi realizada baseada na comparação e apontamentos dos autores sobre as intervenções de enfermagem para a prevenção da sífilis congênita. No primeiro quadro, foram destacados o título do trabalho, os autores, os objetivos, a metodologia e a revista em que foi realizada a publicação.

Dos seis artigos incluídos na RIL, um foi publicado no ano de 2019, dois no ano de 2017, um em 2016, um em 2013, um em 2009. Todos os artigos estão no idioma português e todos foram realizados no Brasil. Três pesquisas são estritamente documentais, utilizando-se de prontuários e/ou de dados do sistema DATASUS, um dos estudos fez um levantamento documental, juntamente com pesquisa de campo.

Quadro 3 – Apresentação dos estudos

TÍTULO	AUTORES	OBJETIVOS	METODOLOGIA
Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis	SUTO et al.	Caracterizar a assistência prestada a gestante com diagnóstico de sífilis durante o pré-natal em unidades de saúde da família.	Estudo transversal, por meio da análise de relatórios de sistemas de informação e questionário estruturado sobre exposição à sífilis durante a gestação, aplicados a gestantes/puérperas e enfermeiras.
Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil	GUANABARA et al.	Avaliar o acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita (SC).	Estudo de casos múltiplos que analisou a atenção pré-natal de gestantes com sífilis. A pesquisa foi realizada no período de abril a setembro de 2011 em quatro unidades primárias de saúde e ocorreu por meio da observação não participante e entrevistas com coordenadores das unidades, médicos, enfermeiros, profissionais do Serviço de Atendimento Médico Estatístico, agentes de saúde e gestantes. A análise consistiu em extrair sentido e contextualizar as falas, interpretando-as sob a perspectiva do acesso.
O impacto da campanha de combate à sífilis congênita sobre diagnóstico e tratamento de sífilis em mulheres admitidas em uma maternidade municipal do rio de janeiro.	SILVA et al.	Descrever o momento de diagnóstico e tratamento de sífilis nas mulheres que tiveram seus filhos investigados para Sífilis Congênita (SC) em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro, no período da campanha de combate a SC (1999 a 2001).	Pesquisa descritiva, retrospectiva, de levantamento epidemiológico. No recorte temporal de 1999 a 2001 foram notificadas 479 fichas de investigação de Sífilis Congênita do SINAN, preenchidas pelo Núcleo de Epidemiologia e Programações de uma Maternidade Municipal do Rio de Janeiro, situado na Área de Planejamento 3.2 da cidade do Rio de Janeiro, onde foram coletados dados referentes à história de diagnóstico e tratamento de mulheres admitidas neste serviço no momento do parto.
Sífilis congênita: realização do pré-natal e tratamento da gestante e de seu parceiro.	HOLZTRATTNER et al.	Analisar a ocorrência e a associação da sífilis congênita com a realização do pré-natal e tratamento da gestante e do parceiro.	Estudo retrospectivo do período de 2006 a 2015, observando dados do Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre, com base em indicadores do Ministério da Saúde.
Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década.	COSTA et al.	Avaliar a incidência da sífilis congênita no Ceará de 2000 a 2009; descrever o perfil epidemiológico das gestantes cujos recém-nascidos tiveram sífilis congênita e verificar a realização do pré-natal e do tratamento dos seus parceiros.	Estudo documental, realizado em julho de 2010 a partir do banco de dados disponível no Núcleo de Informação e Análise em Saúde, que contém as informações das fichas do Sistema Nacional de Agravos de Notificação. Foram notificados 2.930 casos de sífilis congênita, demonstrando uma série histórica ascendente ano a ano.
Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro	NUNES et al.	Discutir as ações do enfermeiro na atenção pré-natal a gestantes com sífilis e identificar dificuldades encontradas pelos profissionais na adesão ao tratamento das gestantes e parceiros.	Estudo qualitativo, tipo descritivo-exploratório, desenvolvido com quatro mulheres na faixa etária entre 40 e 55 anos, com a produção de dados a partir de entrevistas semiestruturadas, analisada pela Técnica Análise Conteúdo na modalidade Análise Categórica.

Fonte: elaborado pelos autores.

A partir do quadro 3, pode-se observar que quando se trata de sífilis, os estudos tendem a demonstrar um interesse maior pelo acompanhamento epidemiológico. A pesquisa desenvolvida por Suto et al. (2016)

encontrou que as puérperas que participaram do estudo foram tratadas para sífilis, duas delas receberam o tratamento prescrito pelo enfermeiro e uma das enfermeiras que participou do estudo alegou desconhecer a ficha de notificação e investigação para sífilis na gestação e sífilis congênita.

De acordo com Guanabara et al. (2017), um problema identificado pelas gestantes era não ter um acompanhamento diferenciado por estarem infectadas por sífilis, onde tinham dificuldade inclusive de agendar a consulta de pré-natal por conta da falta de profissionais e desorganização do serviço, além disso apontou-se a dificuldade na realização do exame laboratorial (VDRL) para confirmação do diagnóstico de sífilis e para acompanhamento do tratamento.

Silva et al. (2009), ao fazerem o levantamento de prontuários de recém-nascidos e natimortos investigados para sífilis congênita, detectaram que houve aumento para a realização do teste sorológico de sífilis, bem como do acompanhamento pré-natal, no entanto, não assegurando que a sífilis fosse realmente identificada em tempo hábil, pois muitas das gestantes iniciaram o pré-natal já no segundo trimestre da gravidez.

Holztrattner et al. (2019) encontraram que houve um aumento significativo da sífilis congênita entre os anos de 2006 a 2015, ressaltando que apesar de ser um agravo de fácil detecção e tratamento não está sendo controlado, precisando de ações educativas e de medidas mais eficazes, principalmente no que tange a assistência pré-natal que é onde pode se evitar a transmissão vertical.

Segundo o estudo de Costa et al. (2013) que verificou os casos de sífilis entre os anos de 2000 a 2009, onde foram notificados 2.930 casos de sífilis congênita no estado do Ceará, detectou-se que pouco mais de 70% das gestantes realizaram pré-natal, entretanto ao avaliar-se o número de gestantes que realizaram o tratamento para sífilis, este foi inadequado, além de apresentar inadequação ou falta de preenchimento das fichas de notificação/investigação dos casos de sífilis congênicas.

Nunes et al. (2017) tiveram como sujeitos enfermeiras de uma atenção primária que acompanharam gestantes com sífilis durante o pré-natal. A análise dos dados resultou em três categorias temáticas: ações do enfermeiro no acompanhamento das gestantes com sífilis; aspectos que dificultam a eficácia do tratamento da sífilis gestacional; sífilis: doença de notificação compulsória.

## 5. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL PARA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA

Os artigos mesmo que alguns deles fossem estudos documentais, apontaram possibilidades para a prevenção da sífilis congênita, visto que é um agravo de saúde que é evitável e que pode ser detectável e tratado de forma barata e fácil, sendo a prevenção a melhor alternativa para o trabalho na atenção primária, principalmente durante o pré-natal.

Quadro 4 – Intervenções durante o pré-natal para a prevenção de sífilis congênita

ARTIGOS	INTERVENÇÕES
Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década (COSTA et al., 2013).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Testagem e tratamento do parceiro durante a gravidez;</li> <li>- Adotar postura acolhedora, humanizada desde o início do pré-natal;</li> <li>- Realização do VDRL dentro do prazo recomendado pelo Ministério da Saúde;</li> <li>- Realizar a investigação adequada do quadro de sífilis;</li> <li>- Atividades de educação em saúde.</li> </ul>
Acesso de gestantes às tecnologias para prevenção e controle da sífilis congênita em Fortaleza-Ceará, Brasil (GUANABARA et al., 2017).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atuar com escuta, acolhimento e aconselhamento a gestante;</li> <li>- Realizar de visita domiciliar;</li> <li>- Identificação no começo da gestação do diagnóstico;</li> <li>- Tratamento do parceiro.</li> </ul>
Sífilis congênita: realização do pré-natal e tratamento da gestante e de seu parceiro (HOLZTRATTNER et al., 2019).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar ações estratégias e educativas para qualificação do tratamento;</li> <li>- Rastreamento da sífilis gestacional;</li> <li>- Tratamento do parceiro;</li> </ul>

(continuação ...)

Quadro 4 – Intervenções durante o pré-natal para a prevenção de sífilis congênita

ARTIGOS	INTERVENÇÕES
Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro (NUNES et al., 2017)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientação para o tratamento precoce da gestante e do parceiro;</li> <li>- Orientação sobre os riscos da sífilis congênita;</li> <li>- Acompanhamento mensal do VDRL;</li> <li>- Orientar, conscientizar e tirar dúvidas sobre a transmissão vertical;</li> <li>- Postura de acolhimento;</li> <li>- Realizar atividades de educação em saúde;</li> <li>- Encaminhar para o pré-natal de alto risco;</li> <li>- Orientar sobre o uso de preservativos nas relações sexuais.</li> </ul>
O impacto da campanha de combate à sífilis congênita sobre diagnóstico e tratamento de sífilis em mulheres admitidas em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro (SILVA et al., 2009).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Captação precoce de gestantes assintomáticas;</li> <li>- Avaliação dos parceiros sexuais;</li> <li>- Realização do VDRL no primeiro trimestre gestacional;</li> <li>- Investigação epidemiológica;</li> </ul>
Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis (SUTO et al., 2016).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratamento adequado dos parceiros sexuais, inclusive com aconselhamento e protocolo estabelecido;</li> <li>- Realizar aconselhamento de forma eficaz;</li> <li>- Ofertar o tratamento e orientações sobre a prevenção da sífilis congênita.</li> <li>- Melhorar o registro de notificação e investigação epidemiológica;</li> </ul>

Fonte: elaborado pelos autores.

Ao observar o descrito no quadro 4, percebe-se que todos os autores enfatizaram o tratamento do parceiro sexual de forma eficaz como uma das principais medidas de prevenção da sífilis congênita, com sensibilização do parceiro e também com atendimento sistematizado, pois detectou-se a ocorrência de diagnóstico de sífilis já no terceiro trimestre, mesmo com a primeira testagem em tempo adequado sendo negativa (COSTA et al., 2013; GUANABARA et al., 2017; HOLZTRATTNER et al., 2019; NUNES et al., 2017; SILVA et al., 2009; SUTO et al., 2016).

Sobre a convocação do parceiro na atenção primária para testagem e tratamento, foi identificado que não existe um protocolo ideal para isso, sendo o profissional que está realizando o acompanhamento da gestante que deve escolher a maneira de melhor fazê-lo (SUTO et al., 2016).

As respostas obtidas foram bem distintas entre si, desde a convocação realizada através de um convite do profissional para o companheiro comparecer a próxima consulta do pré-natal com a gestante ou um agendamento de consulta do parceiro através de busca ativa, ou acionando o agente comunitário de saúde (ACS), até a realização de visita domiciliar. Percebe-se que não há uma norma específica no que diz respeito à abordagem e aconselhamento do parceiro (SUTO et al., 2016, p. 27).

Alguns estudos apontaram as intervenções, essas foram mais no âmbito da realização do exame de diagnóstico da sífilis, tratamento adequado com acompanhamento de VDRL mensal e a disponibilidade para a gestante realizar o exame a qualquer momento durante toda a gestação, bem como a utilização da visita domiciliar como estratégia de captação precoce para o pré-natal e para o acompanhamento (COSTA et al., 2013; GUANABARA et al., 2017; HOLZTRATTNER et al., 2019).

Outro ponto levantado pelos estudos foi a importância da notificação e da investigação epidemiológica dos casos de sífilis nas gestantes, pois foi detectado que havia gestante na área de responsabilidade do enfermeiro, mas o mesmo não notificou, desse modo, a gestante pode, inclusive, nem ser atendida para o tratamento da sífilis, podendo evoluir com a sífilis congênita (NUNES et al., 2017; SILVA et al., 2009; SUTO et al., 2016).

Vale destacar que alguns estudos consideraram que para o atendimento pré-natal efetivo e para a sensibilização do tratamento da sífilis e prevenção da sífilis congênita, é preciso que aconteça o vínculo entre profissional e gestante, onde o enfermeiro possa realmente atendê-la em suas demandas, estabelecendo uma relação terapêutica e assim conseguir influenciar positivamente a gestante e seu parceiro para o acompanhamento e cura da sífilis (GUANABARA et al., 2017; SUTO et al., 2016).

As atividades de educação em saúde também foram tidas como relevantes para trabalhar durante o pré-natal, enfatizando-se que nessas atividades devem ser envolvidos os parceiros e os familiares, podendo ser atividades em grupos, para possibilitar a troca de experiências e aumentando a comunicação entre profissional e paciente, assim podendo-se prestar um pré-natal de qualidade que consiga prevenir a sífilis congênita (COSTA et al., 2013; NUNES et al., 2017).

Dessa maneira, vê-se que existem diversas possibilidades para a atuação do enfermeiro no pré-natal para a prevenção da sífilis congênita, principalmente com o foco na detecção precoce do diagnóstico, tratamento adequado da gestante e do seu parceiro, mas também com orientações, explicações, esclarecimentos de dúvidas, para isso o enfermeiro precisar estar preparado para lidar com as demandas da gestante.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As intervenções de enfermagem para a prevenção da sífilis congênita na consulta de pré-natal foram: orientações sobre a sífilis congênita e sobre o tratamento da sífilis; notificação da sífilis gestacional; acompanhamento e tratamento da gestante e de seu parceiro; postura acolhedora e de formação de vínculo por parte do enfermeiro; acompanhamento do tratamento através da realização do VDRL; atividades de educação em saúde.

Considera-se que o objetivo do estudo foi alcançado, no entanto não foram encontradas na literatura intervenções que fossem diferentes das preconizadas pelo Ministério da Saúde, notando-se uma literatura escassa sobre a temática, que talvez seja necessário a realização de mais estudos de campo para delimitar ações efetivas para o controle da sífilis congênita.

Como fragilidades do estudo, aponta-se a busca apenas pelo portal da Biblioteca Virtual em Saúde e pela busca não ter sido realizada por pares, o que poderia gerar o aparecimento de mais literatura, no entanto como não houve delimitação de data e nem de idioma, acredita-se que a busca foi realizada de forma a não prejudicar a confiabilidade nessa RIL.

## REFERÊNCIAS

- [1] BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. v. 48, n. 36, 2017.
- [2] BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- [3] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- [4] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- [5] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- [6] CAMPAGNOLI, M.; SILVA, C.P.D.; RESENDE, R.C.P. Atendimento de pré-natal na estratégia saúde da família: a singularidade da assistência de enfermagem. Revista Nursing, v. 22, n. 251, p. 2915-2920, 2019.
- [7] COSTA, C.C. et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. Rev Esc Enferm USP, v. 47, n. 1, p. 152-9, 2013;
- [8] ERCOLE, F.F.; MELO, L.S.; ALCOFORADO, C.L.G.C. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática [editorial]. Rev Min Enferm., v. 18, n. 1, p. 1-260, jan/mar 2014.
- [9] HOLZTRATTNER, J.S. et al. Sífilis congênita: realização do pré-natal e tratamento da gestante e de seu parceiro. Cogitare enferm., v. 24, p. e59316, 2019.
- [10] GARCIA, E.S.G.F. et al. As ações de enfermagem no cuidado à gestante: um desafio à atenção primária de saúde. Rev Fund Care Online., v.10, n. 3, p. 863-870, jul./set. 2018.
- [11] GOMES, C.B.A.; DIAS, R.S.; SILVA, W.G.B.; PACHECO, M.A.B.; SOUSA, F.G.M.; LOYOLA, C.M.D. Consulta de enfermagem no pré-natal: narrativas de gestantes e enfermeiras. Texto Contexto Enferm. v. 28, e20170544, 2019.
- [12] MIRANDA, E.F.; SILVA, A.M.N.; MANDÚ, E.N.T. Abordagem de necessidades de saúde pelo enfermeiro na consulta pré-natal. Rev Fund Care Online., v. 10, n. 2, p. 524-533. abr/jun 2018.

- [13] MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto Contexto Enferm.*, v. 17, n. 4, p. 758-764, out/dez 2008.
- [14] MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN D.G.; GROUP TP. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA statement. *PLOS Med.*, v. 6, n. 7, e1000097, Jul 2009.
- [15] NUNES, J.T. et al. Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro. *Rev enferm UFPE on line.*, v. 11, n. 12, p. 4875-84, dez. 2017.
- [16] OLIVEIRA, F.A.M. Reflexões acerca da atuação do enfermeiro na rede cegonha. *Rev enferm UFPE on line.*, v. 10(Supl. 2), p. 867-74, fev. 2016.
- [17] SILVA, C.S. et al. Atuação do enfermeiro na consulta pré-natal: limites e potencialidades. *J. res.: fundam. care. Online*, v. 8, n. 2, p. 4087-4098, abr./jun. 2016.
- [18] SILVA, L.R. O impacto da campanha de combate à sífilis congênita sobre diagnóstico e tratamento de sífilis em mulheres admitidas em uma maternidade municipal do rio de janeiro. *Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online*, v. 1, n. 2, p. 279-287, set/dez. 2009.
- [20] SOUSA, D.M.N. et al. Sífilis congênita: reflexões sobre um agravo sem controle na saúde mãe e filho. *Rev enferm UFPE on line.*, v. 8, n. 1, p.160-5, jan. 2014.
- [21] SUTO, C.S.S. et al. Assistência pré-natal a gestante com diagnóstico de sífilis. *Rev Enferm Atenção Saúde.*, v. 5, n. 2, p.18-33, ago/dez 2016.
- [22] URSI, E.S.; GALVÃO, C.M. Perioperative prevention of skin injury: an integrative literature review. *Rev Latino Am Enfermagem.*, v. 14, n. 1, p. 124-31, jan-feb 2006.

# Capítulo 2

## *Motivos da não adesão ao exame papanicolau: Uma revisão integrativa*

*Elayne Cristina Mendes Martins Silva*

*Islany Pereira de Sousa*

*Lucélia Rodrigues Afonso*

*Andreza Kelly Cardoso da Silva Soares*

*Marina da Silva Nobre*

*Michelle Soeiro de Oliveira*

*Ariane Spat Ruviano*

**Resumo:** O câncer do colo uterino é considerado um problema de saúde pública que atinge todas as classes sociais. O exame citopatológico é o principal exame para diagnosticar precocemente lesões precursoras de HPV, o principal agente para o câncer do colo uterino. Este estudo tem como objetivo analisar os principais motivos da não adesão ao exame papanicolau: uma revisão integrativa e analisar por meio das literatura científica os principais motivos da não adesão ao exame papanicolau. Trata-se de revisão integrativa, utilizando o Lilacs e Scielo. Foram selecionados 10 artigos com base nos critérios de inclusão e exclusão. Os estudos foram agrupados e classificados em 3 categorias: Motivos para a baixa cobertura do Papanicolau, Percepção das mulheres sobre o exame preventivo, Papel do Enfermeiro na coleta do Papanicolau. Conclui-se que embora tenham sido analisados diversos artigos da enfermagem, poucos trouxeram o papel da enfermagem. Compreende-se que com essas evidências, é possível visualizar em que pontos há carências de estudos sobre a temática, abordando a importância da enfermagem.

**Palavras-chave:** Exame Citopatológico. Enfermagem. Jovem. Mulher.

## 1. INTRODUÇÃO

O câncer do colo uterino é considerado um problema de saúde pública que atinge todas as classes sociais e regiões geoeconômicas do território brasileiro, embora estudos apontem maior acometimento entre mulheres de pior nível socioeconômico e com dificuldades de acesso aos serviços de saúde (AGUILAR; SOARES, 2015).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de colo uterino é uma patologia de lenta evolução, que em muitos casos, pode evoluir para sintomas, tais como, sangramento vaginal contínuo ou após as relações sexuais, dor abdominal, secreção vaginal, infecções urinárias e sintomas intestinais. É caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento, e pode acometer estruturas ou órgãos adjacentes (INCA, 2014; CERA et al., 2016).

O principal fator de risco para a tal característica é a contaminação pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), sendo um dos mais invasivos e agressivos à mucosa vaginal os tipos 16, 18, 23 e 31 chegando a corresponder até 70% das infecções causando alteração celular e podendo ser facilmente detectado pelo exame preventivo, o Papanicolau (INCA, 2014).

O Ministério da Saúde normatiza como grupo prioritário para realização do exame de rastreamento do câncer de colo do útero (Papanicolau) mulheres entre 25 e 64 anos; entretanto, a incidência desse tipo de câncer no Brasil é evidenciada a partir dos 20-29 anos, estando o maior risco na faixa etária de 45-49 anos (RICO; IRIART, 2013).

Contudo, o número de realização do exame citopatológico ainda é abaixo do esperado e o crescimento da morbimortalidade da doença têm sinalizado possíveis deficiências na oferta, no acesso e na qualidade das referidas ações em cenário nacional (ANDRADE et al., 2013).

Diante esse contexto e devido à escassez de informações na literatura científica, emergiu a necessidade de responder às seguintes questões norteadoras: Quais são as evidências científicas atuais e os principais motivos da não adesão ao exame papanicolau? O presente estudo tem como objetivo analisar por meio da literatura científica, os principais motivos da não adesão ao exame Papanicolau.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, a qual permite a análise de pesquisas que dão suporte à tomada de decisão e à melhoria da prática clínica. É realizada por meio da síntese de vários artigos sobre um determinado assunto, além de indicar as lacunas do conhecimento que precisam ser revistas a partir da realização de novos estudos (MENDES et al., 2008).

Gil (2010) acrescenta que a pesquisa exploratória, tem como finalidade de proporcionar uma aproximação maior do problema para torná-lo explícito e apresentar constituição de hipóteses.

Na elaboração de uma revisão integrativa, implementam-se intervenções eficazes por meio de seis etapas similares e distintas dentro do estágio de desenvolvimento convencional da pesquisa. Na primeira etapa, identifica-se o tema e seleciona-se a questão da pesquisa, tendo em vista a construção da revisão integrativa. Em seguida, estabelecem-se os critérios de exclusão e inclusão do estudo, apresentando a amostragem e a literatura.

Já na terceira etapa, definem-se informações do estudo e categorizam-se os estudos; na quarta etapa, avalia-se o conteúdo incluído na revisão e na penúltima etapa, apresenta-se a interpretação dos resultados, para que se possa na sexta e última etapa, mostrar a revisão e a síntese no referencial (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O levantamento dos artigos foi realizado entre os meses de julho e agosto, a partir da busca de estudos que respondessem à seguinte questão de pesquisa: "Quais são as evidências científicas atuais sobre percepção das mulheres sobre o papanicolau?"

Os bancos de dados utilizados neste estudo foram o Lilacs e Scielo, a partir dos descritores cadastrados nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS): exame citopatológico; enfermagem; jovem; exame citopatológico; enfermagem. Os descritores foram combinados a partir do uso do operador booleano "AND".

Os trabalhos foram selecionados no período de 2012 a 2019. Os critérios de inclusão foram os artigos completos de periódicos nacionais, no idioma português, publicados na última década e que avaliaram a percepção das jovens sobre o papanicolau.

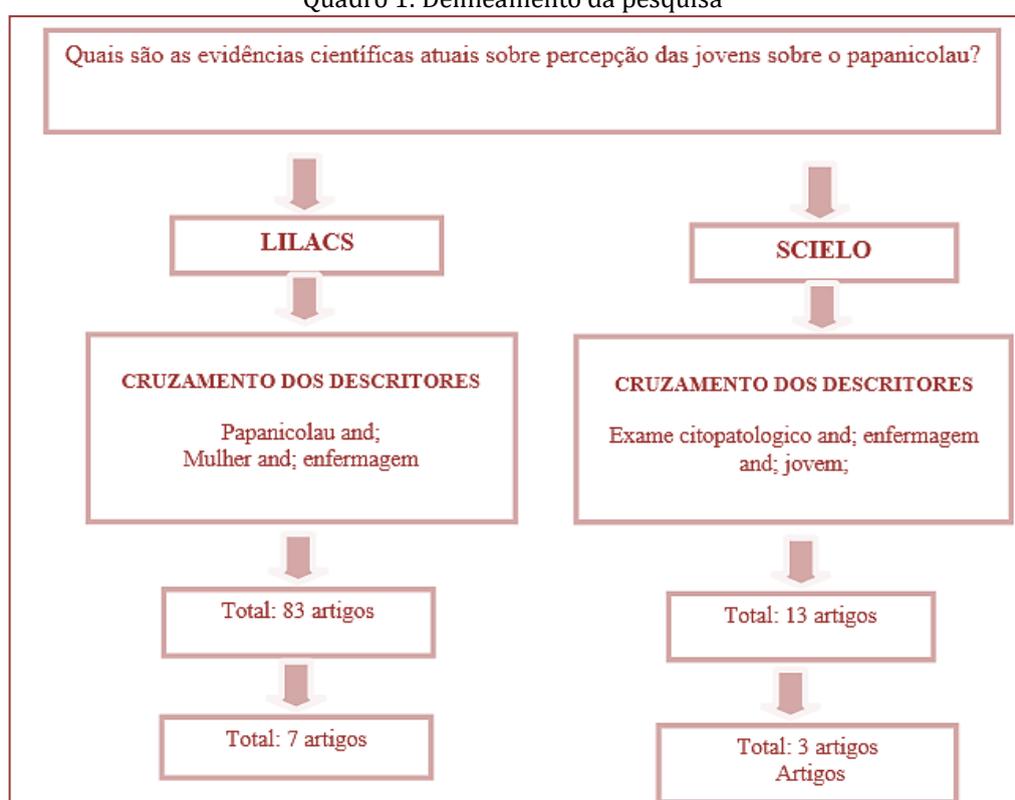
Os critérios de exclusão foram: as pesquisas que não respondiam à questão norteadora, estudos repetidos, editoriais, cartas ao editor, artigo não brasileiro e relatórios.

### 3. RESULTADOS

Na plataforma Lilacs, foram encontrados 83 artigos, fazendo menção aos descritores: Papanicolau, jovem, enfermagem. Desses, apenas, sete foram incluídos na pesquisa. Os outros 76 artigos não estavam de acordo com a perspectiva da temática e dos critérios de inclusão.

Em relação à plataforma Scielo, foram encontrados 13 artigos, dos quais fazem menção aos descritores: exame citopatológico, enfermagem, jovem, porém apenas três são fidedignos, excluindo-se o restante que não estavam de acordo com a proposta da pesquisa. Tendo no total 10 artigos para análise e contribuição para construção desse estudo.

Quadro 1: Delineamento da pesquisa



Fonte: elaborado pelos autores

Constatou-se que as produções são quantitativas, com estudos transversais, descritivos e exploratórios que utilizam em sua maioria, coleta de dados por intermédio da aplicação de questionário.

No quadro 1, retrata as amostras de artigos selecionados para revisão, por título, autor, ano, tipo de Estudo.

Quadro 1: Amostra de artigos selecionados para revisão, por título, autor, ano, tipo de Estudo.

Nº	Título	Autores	Ano	Tipos de Estudo
A1	Desafios à organização de programa de rastreamento do câncer do colo do útero em Manaus-AM.	Corrêa et al.	2012	Exploratória, Descritiva, Quantitativa.
A2	Fatores associados a não realização do teste de Papanicolau na população de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2008.	Lage et al.	2013	Transversal Quantitativo
A3	Conhecimento, atitude e prática sobre o exame Papanicolau de prostitutas.	Neri et al.	2013	Descritivo, exploratório, Quantitativo.
A4	Fatores relacionados ao não comparecimento à consulta para receber o resultado do exame colpocitológico.	Vasconcelos et al.	2014	Transversal Quantitativo
A5	Deteção do papilomavírus humano em citologias cervicais de mulheres atendidas no Programa Saúde da Família.	Augusto et al.	2014	Transversal, Exploratório, Quantitativo.
A6	Rastreamento do câncer do colo do útero no Estado do Maranhão, Brasil.	Silva et al.	2014	Transversal, Quantitativo
A7	Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas.	Oliveira et al	2014	Transversal, Exploratório, Quantitativo.
A8	Tempo de espera pela primeira colposcopia em mulheres com teste de Papanicolaou alterado.	Nascimento et al	2015	Transversal, Quantitativo.
A9	Rastreamento oportunístico versus perdas de oportunidade: não realização do exame de Papanicolaou entre mulheres que frequentaram o pré-natal.	Ribeiro et al	2016	Transversal Quantitativo
A10	Avaliação do serviço de coleta para exame colpocitológico pela escala SERVQUAL.	Monteiro et al	2019	Quantitativo, Descritivo.

Fonte: elaborado pelos autores.

No quadro 2, descreve os objetivos e os principais achados dos artigos selecionados.

Quadro 2. Análise dos periódicos seguindo os critérios desta pesquisa.

ART.	OBJETIVO	PRINCIPAIS ACHADOS
A1	Identificar os fatores relacionados ao não comparecimento das mulheres à consulta de retorno para receber o resultado do exame colpocitológico.	A maioria das pesquisadas era jovem ( $\leq 35$ anos), de baixa escolaridade ( $\leq 7$ anos de estudo), com início da vida sexual precoce ( $\leq 20$ anos) e 17,0% delas não retornaram para receber o resultado do exame. Resultados estatisticamente significantes para o não comparecimento ao retorno estiveram relacionados a: mulheres jovens ( $p=0,001$ ), início precoce da atividade sexual ( $p=0,047$ ) e conhecimento inadequado sobre o exame colpocitológico ( $p=0,029$ ).
A2	Verificar a prevalência da não realização do exame de Papanicolau e fatores associados na população feminina de 18 a 65 anos e mais, residentes em Belo Horizonte, Minas Gerais, durante o ano de 2008.	A frequência de realização do exame entre as mulheres foi de 76,43%, sendo abaixo do que é recomendado pela OMS. Ser jovem, possuir baixa escolaridade, viver sem companheiro, não ter realizado o exame de mamografia, declarar como ruim o estado de saúde, e não possuir diagnóstico médico de hipertensão mostraram associação independente com a não realização do exame ginecológico. A prevalência do exame em Belo Horizonte foi satisfatória, porém insuficiente para impactar no perfil epidemiológico do câncer do colo uterino.
A3	Estimar a prevalência e identificar fatores associados a não realização do exame citopatológico do colo do útero entre mulheres que frequentaram o pré-natal.	A prevalência de não submissão ao exame foi de 21,3%. Entre as mulheres com 25 anos ou mais, a prevalência foi de 15,1%. A não adesão foi mais frequente entre as mulheres jovens, solteiras e com baixa escolaridade. A escolaridade se manteve associada ao desfecho, indicando que mulheres com mais anos de estudo têm maiores chances de realizarem o exame. O contato com o serviço de saúde para realização do pré-natal não foi determinante para garantir o acesso ao exame, indicando perda de oportunidades onde o rastreamento é oportunístico.
A4	Identificar a prevalência do papilomavírus humano, os fatores de risco associados e a distribuição dos genótipos nas mulheres referenciadas para rastreamento do câncer cervical, durante o atendimento no Programa de Saúde da Família	A infecção pelo vírus foi detectada em 8,8% das amostras. Entre os 21 genótipos diferentes identificados neste estudo, 14 foram de alto risco para o câncer cervical, e o tipo 16 foi o mais prevalente. A infecção foi associada a mulheres com parceiros sexuais diversos. Os tipos de baixo risco foram associados com mulheres mais novas, enquanto o grupo de alto risco foi vinculado a alterações citológicas.
A5	Identificar as características sociodemográficas das mulheres que realizam o Papanicolau em Manaus, Amazonas, e sua associação com os motivos para realização do exame.	Das 281 mulheres, que haviam realizado o Papanicolau nos últimos cinco anos em Manaus. A maioria das entrevistadas tinha entre 18-34 anos (54%), 5-11 anos de estudo (54,4%), renda familiar mensal de até três salários mínimos (84,3%), relação estável (72,2%) e início da vida sexual entre 15-19 anos (69,4%). Os motivos para realização do Papanicolau foram procura espontânea (66,2%), recomendação médica (23,5%) e sintomas ginecológicos (10,3%). Mulheres que receberam informação dos profissionais de saúde tiveram proporção maior de realização do exame nos últimos três anos ( $p=0,008$ ). A demanda espontânea é prevalente e o atendimento oportunístico é realizado nas mulheres mais jovens, não alcançando o grupo com maior risco para o câncer
A6	Analisar o rastreamento do câncer do colo do útero no Maranhão, através dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (Siscolo)	Os agentes microbiológicos mais comuns foram os bacilos (52,8%), cocos (45,5%) e <i>Lactobacillus</i> sp (32,6%). A inflamação foi a alteração celular benigna mais frequente (86,3%). As lesões intraepiteliais de baixo grau foram as atípicas em células escamosas mais prevalentes (0,6%), seguidas pela lesão intraepitelial de alto grau (0,2%). O carcinoma epidermoide foi observado em 0,003% e o adenocarcinoma em 0,006%. O Siscolo revelou se uma ferramenta útil para conhecer aspectos relacionados ao rastreamento do câncer do colo uterino, o que poderá guiar ações para reduzir a incidência e mortalidade por este câncer.
A7	Avaliar o tempo de espera para obter a primeira colposcopia por mulheres com teste de Papanicolau alterado.	Das 1.544 mulheres foram incluídas, com média de idade de 34 anos. A maior parte teve acesso ao exame dentro de 30 dias (65,8%) ou de 60 dias (92,8%) a partir da data do encaminhamento da unidade de origem.

(continuação ...)

Quadro 2. Análise dos periódicos seguindo os critérios desta pesquisa.

ART.	OBJETIVO	PRINCIPAIS ACHADOS
A8	Analisar os fatores associados a não realização do exame de Papanicolau entre as mulheres quilombolas residentes em Vitória da Conquista, Bahia.	De 348 mulheres incluídas na análise, 27,3% afirmaram nunca ter realizado o Papanicolau. Foram associados de forma independente com nunca ter feito o exame: faixa etária de 18 a 29 anos e 50 a 59 anos, não ter instrução, não ter companheiro, buscar atendimento relacionado à saúde em unidades/estabelecimentos diferentes de seu local de residência e ter realizado exame clínico das mamas há três ou mais anos ou nunca tê-lo realizado.
A9	Identificar fatores de risco comportamentais associados ao câncer de colo do útero entre as prostitutas de Picos-PI e avaliar o conhecimento, a atitude e a prática dessas mulheres em relação ao exame Papanicolau.	Existem riscos ligados à saúde sexual e reprodutiva que podem propiciar o câncer de colo uterino. Há inadequação no conhecimento, porém a atitude é apropriada, pois a quase totalidade (97,4%) afirmou que faria o exame Papanicolau com maior frequência. Portanto, é necessário engajamento dos enfermeiros na formulação de estratégias educativas que minimizem o déficit de conhecimento da população estudada sobre Papanicolau.
A10	Avaliação do serviço de coleta para exame colpocitológico pela escala SERVQUAL.	A dimensão credibilidade, correspondente ao conhecimento e cortesia dos funcionários, apresentou maior grau de importância para as usuárias, e a empatia, que corresponde à preocupação demonstrada pelos funcionários com as necessidades das mulheres, exibiu menor grau. Os gaps negativos mais expressivos dizem respeito à estrutura dos serviços e a atitude dos profissionais por ocasião da coleta de material.

Fonte: elaborado pelos autores.

Os artigos trazem em seus resultados que a adesão do ato de realizar o exame Papanicolau está relacionada ao nível socioeconômico, assim como escolaridade, idade, início precoce da atividade sexual, medo, falta de estrutura da unidade de saúde e vínculo com o profissional de saúde.

Os estudos foram agrupados e classificados em 3 categorias: Motivos para a baixa cobertura do Papanicolau, Percepção das mulheres sobre o exame preventivo, Papel do Enfermeiro na coleta do Papanicolau.

## 4. DISCUSSÃO

### 4.1 FATORES RELACIONADOS À BAIXA ADESÃO AO EXAME PAPANICOLAU

Os autores mencionaram em seu estudo que o fator socioeconômico, as barreiras geográficas, baixa escolaridade, mulheres solteiras ou sem união estável, idosas estão relacionado a não adesão ao exame (CORRÊA et al., 2012; LAGE et al., 2013; NERI et al., 2013; VASCONCELOS et al., 2014; AUGUSTO et al., 2014; SILVA et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2014; NASCIMENTO et al., 2015; RIBEIRO et al., 2016; MONTEIRO et al., 2019).

A tendência para o desenvolvimento do câncer de colo de útero é maior em mulheres com baixo nível de escolaridade e a situação socioeconômica, visto que tem menor grau de conhecimento acerca do tema, utilizam os serviços de saúde com menor frequência e, portanto, estão sujeitas a um maior risco de morbimortalidade (CORRÊA et al., 2012; LAGE et al., 2013; SILVA et al., 2014).

Correia et al. (2012), reforça em seu estudo que, além das desigualdades socioeconômicas, acrescenta-se ainda o fato do rastreamento cervical ser predominantemente oportunístico, atendendo às mulheres que já estão na unidade de saúde, sem maiores esforços para o direcionamento à população sob maior risco, uma vez que a maioria dos atendimentos é limitada às mulheres mais jovens em busca dos cuidados primários de saúde, pré-natal e planejamento familiar. Este tipo de rastreamento também se caracteriza por repetição frequente dos exames, qualidade heterogênea do exame, falta de controle sob a introdução de novas tecnologias e baixo nível de monitoramento.

A baixa escolaridade está relacionada à baixa cobertura do exame de Papanicolau. Segundo Lage et al. (2013), Silva et al. (2014) esse fator torna-se um empecilho para o desenvolvimento de ações de saúde, uma vez que remete a uma má compreensão dessas orientações.

Em relação ao conhecimento acerca do exame de Papanicolau, todos os estudos selecionados para esse estudo avaliaram que o conhecimento das participantes era incompleto, principalmente as profissionais do sexo e mulheres quilombola, tendo como principal questionamento se o exame seria apenas para detecção do câncer de colo ou para o diagnóstico de outras doenças (NERI et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2014).

Neri et al. (2013) ressaltam em seu trabalho que as mulheres profissionais do sexo possuem no máximo o ensino fundamental incompleto, encontram como principal barreira a comunicação eficaz entre paciente e enfermeiro ou médico relacionada ao exame ginecológico.

Outro fator relacionado à adesão ao Papanicolau é a faixa etária. Mulheres pertencentes às faixas etárias mais jovens (18- 24 anos) foram as que menos realizaram o exame ginecológico alguma vez na vida e nos últimos três anos (LAGE et al., 2013; AUGUSTO et al., 2014; RIBEIRO et al., 2016; NASCIMENTO et al., 2015).

Apesar de considerar a faixa etária de 25-59 anos como prioridade para realização do Papanicolau, de acordo com protocolo do Ministério da Saúde, há estudos que sugerem a inclusão das adolescentes sexualmente ativas em Programas de Controle do Câncer de Colo Uterino, visto que história natural do câncer do colo do útero seja caracterizada pela evolução lenta, lesões precursoras estão sendo detectadas com mais frequência entre adolescentes e nesse grupo etário parecem progredir mais rapidamente (RIBEIRO et al., 2016; NASCIMENTO et al., 2015; MONTEIRO et al., 2019).

Ainda foi constatado nos artigos que a dificuldade de retorno após exame, fila de espera para atendimento ou marcação de consulta contribui para a baixa adesão ao exame preventivo, como também no distanciamento das mulheres que já haviam realizado o exame antes, o que pode acarretar no aumento das incidências de lesões causadoras do câncer de colo de útero (VASCONCELOS et al., 2014; NASCIMENTO et al., 2015; RIBEIRO et al., 2016; MONTEIRO et al., 2019).

A sensação de medo, vergonha e constrangimento da exposição íntima estão relacionados a tabus sobre sexualidade e questões de gênero, contribuindo para a não adesão ao exame (RIBEIRO et al., 2016; MONTEIRO et al., 2019). Essa sensação muitas vezes é o reflexo do despreparo dos profissionais em realizar a consulta de modo humanizado, orientação dos procedimentos que serão realizados, no sentido de acolher suas dúvidas e medos.

#### **4.2 MOTIVOS RELACIONADOS À BUSCA DAS MULHERES AO EXAME PREVENTIVO**

Para este tópico, foram selecionados os estudos que demonstraram os motivos que levam as mulheres a buscarem o exame.

De acordo com as literaturas analisadas, nota-se que muitas mulheres que realizam o exame de Papanicolau, como procedimento de rotina, recomendação médica, queixas ginecológicas, sendo o principal motivo que leva a mulher a procurar o serviço de saúde (CORRÊA et al., 2012; RIBEIRO et al., 2016).

Segundo Oliveira et al. (2014), mulheres no término da idade fértil, tendem a diminuir as consultas ginecológicas, levando ao afastamento das práticas de prevenção em um período do ciclo de vida no qual a incidência e gravidade das neoplasias são mais elevadas.

O autor ainda afirma que mulheres quilombolas sem companheiro têm uma maior chance para não realização do exame Papanicolau. Esse fator está relacionado à alta cobrança entre os casais em relação à busca de práticas preventivas e curativas de saúde. Outra possível explicação para esse aspecto é, que as mulheres que possuem companheiro, provavelmente procuram mais os serviços de planejamento familiar ou obstétricos, oportunizando a realização do exame Papanicolau (OLIVEIRA et al., 2014).

A presença de queixas ginecológicas é outro fator que leva à procura de mulheres ao serviço de saúde e por consequência, à realização do exame de Papanicolau. Entre as principais complicações que levam as mulheres buscarem o atendimento ginecológico, são, corrimento vaginal, prurido, dor na região pélvica, infecção urinária, menstruação desregulada, dentre outras queixas (CORRÊA et al., 2012).

Os autores Augusto et al. (2014) trazem em seu estudo que algumas infecções sexualmente transmissíveis (IST's), levam as mulheres buscar o atendimento médico ou de enfermagem, tais como, sífilis, gonorreia, hepatite B, clamídia, herpes genital, condiloma e verrugas genitais (HPV).

#### 4.3 PAPEL DO ENFERMEIRO NA COLETA DO PAPANICOLAU

O enfermeiro tem um papel fundamental sobre a adesão das mulheres ao exame citopatológico, assim como, orientar a importância do exame, prevenção de IST's, promoção de educação em saúde (AUGUSTO et al., 2014).

De acordo com Monteiro et al. (2019), o profissional de enfermagem durante a consulta ginecológica, transmite confiança, demonstrando conhecimento adequado sobre a aplicação do preventivo.

Oliveira et al. (2014) ainda mencionam que a falta de recursos materiais para o desenvolvimento das suas atividades, ambiente físico desagradável, carência de equipamentos, falta de material, prejudica a coleta adequada, além de proporcionar a paciente um ambiente desagradável e o vínculo entre profissional e cliente.

Todos os autores selecionados para este estudo mencionaram que é fundamental o reconhecimento das barreiras para a realização do exame preventivo, sendo a parte fundamental no enfrentamento a esta problemática.

#### 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou analisar por meio de estudos, a percepção das mulheres sobre o exame ginecológico. Os autores mencionaram que fatores tais como, a vergonha, medo, constrangimentos, a falta de estrutura, vínculo com o profissional de saúde, contribuindo para as mulheres se tornarem mais vulneráveis a patologias ginecológicas e não adesão do exame, deste modo, impedindo o estabelecimento de ações eficazes no âmbito da prevenção.

O objetivo proposto inicialmente neste trabalho foi alcançado. Desse modo, esse estudo pode contribuir para a ampliação do conhecimento científico da equipe de enfermagem obstétrica sobre a temática.

Nesta revisão, percebeu-se que, embora tenham sido analisados diversos artigos da enfermagem, poucos trouxeram o papel da enfermagem. Compreende-se que com essas evidências é possível visualizar em que pontos há carências de estudos sobre a temática, abordando a importância da enfermagem.

#### REFERÊNCIAS

- [1] ANDRADE, Smalyanna Sgren da Costa et al. Compreensão de usuárias de uma Unidade de Saúde da Família sobre o exame Papanicolaou. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 2301-2310, 2013
- [2] AGUIAR, Rebeca Pinheiro; SOARES, Daniela Arruda. Barreiras à realização do exame Papanicolaou: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista- BA. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, p. 359-379, 2015.
- [3] AUGUSTO, Everton Faccini; DOS SANTOS, Larissa Silva; DOS SANTOS OLIVEIRA, Ledy do Horto. Detecção do papilomavírus humano em citologias cervicais de mulheres atendidas no programa saúde da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 22, n. 1, p. 100-107, 2014.
- [4] BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Câncer do colo do útero. Rio de Janeiro, 2014. Acesso em: Agosto, 2018. Disponível em [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo\\_uterio/definicao](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao).
- [5] CERA, Graziela Aparecida Ribeiro et al. O papel do enfermeiro e a percepção das mulheres brasileiras sobre a coleta papanicolaou e sua saúde ginecológica – revisão de literatura. *Revista Intellectus*. Nº33. Vol 1. 2016.
- [6] CORREA, Dina Albuquerque Duarte; VILLELA, Wilza Vieira; ALMEIDA, Ana Maria de. Desafios à organização de programa de rastreamento do câncer do colo do útero em Manaus-AM. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 395-400, Jun, 2012.
- [7] GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010.
- [8] LAGE, Adriene Cristina; PESSOA, Missilene Cristine; MELÉNDEZ, Jorge Gustavo Velásquez. Fatores associados à não realização do Teste de Papanicolaou em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2008. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 17, n. 3, p. 565-576, 2013.
- [9] MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos. GALVÃO, Cristina Maria. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto enfermagem*, vol.17, nº 4, Florianópolis, 2008. Acesso em: agosto, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018).

- [10] MONTEIRO, Nicole Jucá et al. Avaliação do serviço de coleta para exame colpocitológico pela escala SERVQUAL. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 72, n. 1, p. 118-124, fev. 2019.
- [11] NASCIMENTO, Maria Isabel do et al. Tempo de espera pela primeira colposcopia em mulheres com teste de Papanicolaou alterado. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 8, p. 381-387, Aug. 2015.
- [12] NERI, Érica de Alencar Rodrigues et al. Conhecimento, atitude e prática sobre o exame papanicolau de prostitutas. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 731-738, Sept. 2013.
- [13] OLIVEIRA, Márcio Vasconcelos; GUIMARAES, Mark Drew Crosland; FRANCA, Elisabeth Barboza. Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4535-4544, Nov. 2014.
- [14] RIBEIRO, Luciane et al. Rastreamento oportunístico versus perdas de oportunidade: não realização do exame de Papanicolau entre mulheres que frequentaram o pré-natal. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, p.14-15, 2016.
- [15] RICO, A. M.; IRIART, J. A. B.: “Tem mulher, tem preventivo”: sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. *Caderno de Saúde pública*. Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1763-1773, 2013.
- [16] SILVA, Diego Salvador Muniz da et al. Rastreamento do câncer do colo do útero no Estado do Maranhão, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1163-1170, Abr. 2014.
- [17] VASCONCELOS, Camila Teixeira Moreira et al. Fatores relacionados ao não comparecimento à consulta Fatores relacionados ao não comparecimento à consulta. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 22, n. 3, p. 401-407, 2014.

# Capítulo 3

## *Humanização e atuação da enfermagem no parto normal: Revisão integrativa*

*Nastachê Monteiro Monte*

*Marina da Silva Nobre*

*Jaqueline Gomes de Souza Santos*

*Michelline Soeiro de Oliveira*

*Roberta Liviane da Silva Picanço*

*Rafaela Aguiar da Silva*

*Caroline Dantas dos Santos*

**Resumo:** O presente estudo objetivou-se por identificar a produção científica referente a humanização e a atuação da enfermagem no parto normal. Trata-se de uma revisão integrativa, realizada em maio de 2019. As buscas foram realizadas nas bases de dados LILACS e BDEFN através do uso de maneira associada dos seguintes descritores: enfermagem obstétrica e parto humanizado. Os critérios de inclusão dos estudos foram: artigos científicos com o texto disponibilizados na íntegra; divulgados em português e publicados no período compreendido entre 2007 e 2017. Os resultados dos estudos escolhidos foram analisados criteriosamente, as informações extraídas foram separadas por categorias, construindo-se os grupos temáticos e analisadas de forma descritiva. Apenas 6 responderam à questão norteadora e definiram a amostra final desta revisão. Os resultados foram agrupados nas seguintes áreas temáticas: medicalização do parto, humanização da assistência ao parto e atuação da enfermagem obstétrica. O enfermeiro tem sido reconhecido pelo Ministério da Saúde e outros órgãos não governamentais, como profissional que possui formação holística e procura atuar de forma humanizada no cuidado à parturiente tanto nas casas de parto, como nas maternidades.

**Palavras-chave:** Enfermagem Obstétrica. Parto normal. Enfermagem.

## 1. INTRODUÇÃO

O parto é considerado uma experiência repleta de significados construídos a partir da singularidade e cultura de cada parturiente. Por isso, a assistência obstétrica humanizada visa à promoção do respeito aos direitos da mulher e da criança, com condutas baseadas em evidências científicas (ANDRADE et al., 2017).

As ações voltadas à humanização do parto e nascimento proporcionam reflexões sobre a assistência obstétrica que foram adotadas no passado, quando um menor número de intervenções era realizado. Portanto, o cuidado realizado nesse acontecimento pode implicar de modo positivo ou negativo no processo de gestação e parto da mulher, do recém-nascido, do companheiro ou família (SILVA et al., 2017).

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser realizado no processo do parto e nascimento. Essa classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas realizadas no mundo todo, com o intuito de estabelecer práticas adequadas e seguras para a assistência obstétrica, garantindo uma atenção materno-infantil qualificada, humanizada e segura (SANTOS et al., 2017).

Nessa direção, as recomendações foram classificadas em quatro categorias: práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; práticas frequentemente usadas de modo inadequado (MEDEIROS et al., 2016).

Dito isso, o Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de dar continuidade na classificação desenvolvida em 1996 pela OMS, implantou em 2000 um amplo processo de humanização da assistência obstétrica por meio do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Essa estratégia tem como desígnio o resgate da atenção obstétrica qualificada, integrada e humanizada no pré-natal, parto e puerpério, com o envolvimento dos estados, municípios e instituições de saúde (OLIVEIRA et al., 2016).

Em 2001, o MS publicou o manual “Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher”, fundamentado na ciência e nas recomendações da OMS, no qual reconhece a importância da humanização da assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal para melhorar a qualidade da atenção prestada, inclusive estimulando a presença de um acompanhamento ou suporte psicossocial durante o trabalho de parto (RIESCO; FONSECA, 2012).

A busca pelo cuidado humanizado no parto e nascimento é uma temática de grande interesse, ainda que os caminhos percorridos para se alcançar tal objetivo seja um grande entrave. Portanto, com base na proposta de humanização, a ampliação dessas práticas na assistência à parturição prevê atitudes e condutas dos profissionais da saúde que contribuam para reforçar o caráter de atenção à saúde como um direito de todas as mulheres. Contudo, a realidade de muitas instituições de saúde demonstra resistências a essas recomendações, principalmente nos Centros Obstétricos (SANTOS et al., 2017).

Atualmente, o modelo de cuidado utilizado pela enfermagem obstétrica e neonatal encontra-se pautado na humanização da assistência realizada à mulher e ao recém-nascido, tendo como embasamento as políticas públicas de saúde, fazendo uso de tecnologias apropriadas, necessárias e fundamentadas, valorizando a cultura, crenças e modos de vida de cada mulher. Baseado nisso, a enfermagem desempenha papel de grande importância na construção de um panorama mais promissor para atenção ao parto e nascimento do Brasil (DAVIM; BEZERRA, 2012).

Diante do exposto, este estudo de revisão justificou-se pela possibilidade de síntese e análise da literatura científica sobre a humanização e a atuação da enfermagem no parto normal, cujo objetivo foi de identificar a produção científica referente à humanização e a atuação da enfermagem no parto normal.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, método de pesquisa que tem como finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema, de maneira ordenada e sistemática. Refere-se a um método que permite o aprofundamento do conhecimento a respeito do tema investigado, a síntese de múltiplos estudos publicados e conclusões gerais a respeito de uma área particular de estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2010).

Para a realização da revisão, percorreram-se as etapas: estabelecimento do objetivo da revisão integrativa; estabelecimento dos critérios para a seleção dos estudos; definição das informações a serem extraídas dos

artigos selecionados; análise dos resultados; apresentação e discussão dos resultados. A questão que orientou a pesquisa foi: Qual a produção científica referente a produção científica referente a humanização e a atuação da enfermagem no parto normal?

As buscas foram realizadas nas bases de dados LILACS e BDEFN através do uso de maneira associada dos seguintes descritores: enfermagem obstétrica e parto humanizado. Os critérios de inclusão dos estudos foram: artigos científicos com os textos disponibilizados na íntegra; divulgados em português e publicados no período compreendido entre 2007 e 2017.

A coleta de dados foi realizada em maio de 2019. Para a organização dos estudos selecionados, as informações foram selecionadas e agrupadas em um quadro: título, periódico, ano de publicação e método empregado.

Os resultados dos estudos escolhidos foram analisados criteriosamente, as informações extraídas foram separadas por categorias, construindo-se os grupos temáticos e analisadas de forma descritiva.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na busca inicial, foram encontrados 223 artigos, 118 na LILACS, 105 na BDEFN. Foram excluídos estudos em duplicidade, em idiomas distintos dos definidos como critérios para inclusão e aqueles que, conforme percebido através do título ou após leitura do resumo, não atendiam ao tema proposto. Dos 10 artigos lidos na íntegra, apenas 6 responderam à questão norteadora e definiram a amostra final desta revisão. Os dados do Quadro 1 resumem as informações dos estudos analisados.

Quadro 1 – Distribuição dos estudos selecionados de acordo com título, periódico e ano de publicação e método empregado

Título	Periódico	Ano	Método
Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina.	Ciência e Saúde coletiva	2015	Qualitativo
Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência.	Cad. Saúde Pública	2016	Qualitativo
Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher.	Rev Saúde Pública	2017	Qualitativo
Perfil das Enfermeiras que atuam na Assistência à Gestante, Parturiente e Puérpera, em Instituições de Sorocaba/SP.	Rev Latino-am Enfermagem	2012	Quantitativo
Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não médicos na assistência ao parto	Cad Saúde Pública	2012	Qualitativo
Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto	Ciência e Saúde coletiva	2015	Quantitativo

Fonte: elaborado pelos autores.

De posse do material levantado, os resultados foram agrupados nas seguintes áreas temáticas: medicalização do parto, humanização da assistência ao parto e atuação da enfermagem obstétrica, que serão analisadas a seguir.

#### 3.1 MEDICALIZAÇÃO DO PARTO

Nesta categoria, destacou-se a visão do parto como patológico, em que são usadas técnicas de medicalização de forma abusiva da tecnologia e a cesariana aplicada sem justificativa obstétrica, fato que tem causado aumento de índices de morbimortalidade materna e neonatal, o que é caracterizado pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade e de ações educativas. Essa deficiência também

contribui para a realização de abortos clandestinos, esterilização em massa, deficiência do aleitamento materno, entre outros (RIESCO; FONSECA, 2012).

A atenção ao parto normal segue duas concepções: a caracterizada pelo modelo intervencionista que está de acordo com a visão cartesiana, que visa o risco e é mais praticada pelos médicos, e outro mais adequado às enfermeiras, que atuam de forma mais humana (DINIZ, 2015).

Observa-se que a cesariana acaba sendo consequência de uma medicalização cultural e social. Esse processo tem como consequências o aumento da intervenção médica sobre o parto e o nascimento, o que, no Brasil, se traduz no aumento das taxas de cesariana para além do que é considerado aceitável pelos organismos públicos internacionais e na perda da autonomia feminina (DAVIM; BEZERRA, 2012).

Profissionais que atuam na atenção obstétrica, sobretudo médicos e enfermeiros interessados nesse resgate do parto vaginal, estão trabalhando com práticas de saúde baseadas em evidências, com intuito de reduzir a banalização desse tipo de procedimento. No entanto, ainda é um paradigma a ser superado e constitui-se como desafio, pois a medicalização se estabeleceu por diversas estratégias, utilizando-se de diferentes atores, inclusive a mediação estatal. O resultado foi a exclusão da mulher de suas práticas tradicionais, assunto que volta a ser discutido por meio do movimento de humanização do parto e nascimento.

### 3.2 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO

Nas últimas décadas, têm emergido vários movimentos governamentais e não governamentais em prol de uma assistência humanizada e holística em que se considera a pessoa como principal sujeito do seu corpo e vida e não apenas simples objeto que obedece passivamente às ordens de quem detém o poder do saber, sem qualquer questionamento (REIS; ZULEICA, 2015).

O programa de humanização da assistência ao parto normal no Projeto Midwifery, defende a assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento, com o objetivo de resgatar o caráter fisiológico no processo do nascimento de forma positiva e sem traumas. O conforto físico pode ser aumentado pelo uso de técnicas de massagem e relaxamento, posturas variadas, música, métodos de respiração e práticas alternativas, que favoreçam o bom desenvolvimento do trabalho de parto e forneça conforto e segurança à mulher e seu bebê (BRUGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2017).

O conceito de humanização do parto é bastante diversificado, há movimentos defendendo como um processo que respeita a individualidade das mulheres, colocando-as como protagonistas e buscando uma adequação da assistência à cultura, crenças, valores e diversidades de opiniões dessas pessoas (DIAS; DESLANDES, 2016).

Na década de 70, surgem profissionais inspirados por práticas tradicionais de parteiras e índios, como Galba Araújo, no Ceará. Em 1993, é fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), que através da carta de Campinas denunciou as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, as condições subumanas a que são submetidas mulheres e crianças durante o parto (DINIZ, 2015).

O processo de humanização pretende estender o diálogo com os profissionais de saúde, sobre a violência institucional, que ainda permeia a maioria das maternidades públicas do Brasil e chamar a atenção sobre as práticas abusivas e sem evidência científica, que são aplicadas durante o processo parturitivo à mulher sem a devida participação da mesma, o que tem posto em risco não só a sua integridade física, mas principalmente, trazendo danos muitas vezes irreversíveis à sua condição emocional (SILVA et al., 2017).

A grande conquista para o MS está em incentivar a realização do parto normal e a diminuição das cesarianas. São medidas de humanização que visam proporcionar bem-estar à mulher e reduzir riscos para ela e seu bebê, como também proporcionar conforto e bem-estar ao acompanhante, de acordo com o preconizado. A OMS elaborou a assistência ao Parto Normal para estabelecer ações às necessidades básicas da mulher e seus familiares (REIS; ZULEICA, 2015).

A maternidade é um momento único na vida da mulher. A experiência de dar à luz é, para muitas, o mais importante de sua existência e requer muito cuidado e respeito. Para que esta experiência seja vivenciada em sua plenitude, a humanização da assistência ao parto é fundamental para garantir, em primeiro lugar, o bem-estar da parturiente e do bebê.

### 3.3 ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

As medidas são implementadas pelo setor saúde no incentivo à participação da enfermagem obstétrica no acompanhamento do período gravídico-puerperal de baixo risco. Essas iniciativas se devem ao reconhecimento do profissional enfermeiro que assiste à mulher com qualidade e de forma mais humanizada (DAVIM; BEZERRA, 2012).

Desde 1998, o Ministério da Saúde vem qualificando enfermeiros obstétricos para sua inserção na assistência ao parto normal, através de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e portarias ministeriais para inclusão do parto normal assistido pelo enfermeiro obstétrico na tabela de pagamentos do SUS (GARDENAL et al., 2012).

Essas medidas visam a humanização dos serviços de saúde para redução de intervenções desnecessárias, como a prática excessiva do parto cesárea e com conseqüente diminuição da morbimortalidade materna e perinatal (DINIZ, 2015).

A humanização da assistência ao parto implica que os enfermeiros respeitem os aspectos da fisiologia feminina, sem intervenções desnecessárias, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, ofereça suporte emocional à mulher e à sua família, garantindo os direitos de cidadania (DIAS; DOMINGUES, 2015).

Com isso, é indispensável que a equipe na atenção obstétrica seja capacitada e sensibilizada a trabalhar em conjunto e superar conflitos, a fim de que sejam respeitados os desejos das mulheres acolhidas no serviço (ANDRADE et al., 2017).

O enfermeiro é um profissional capaz de prestar um acompanhamento completo para a mulher, desde os momentos que antecedem a sua gestação, até o momento do parto e pós-parto. Também é um profissional considerado apto a fazer o acompanhamento fidedigno, escuta qualificada e atendimento humanizado.

### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos da presente revisão foram alcançados, revelando que a literatura científica sobre a temática em questão nos mostra que cabe aos gestores, profissionais de saúde e comunidade reivindicar a implantação de políticas públicas, destinadas ao atendimento da mulher de forma mais humanizada no momento em que ela se encontra mais vulnerável e carente de apoio emocional, como durante a maternidade.

Neste sentido, o enfermeiro tem sido reconhecido pelo Ministério da Saúde e outros órgãos não governamentais, como a profissional que possui formação holística e procura atuar de forma humanizada no cuidado à parturiente tanto nas casas de parto, como nas maternidades.

Para tanto, é necessária a aquisição de profissionais qualificados e comprometidos de forma pessoal e profissional, que recebam a mulher com respeito, ética e dignidade, além de serem incentivadas a exercerem a sua autonomia no resgate do papel ativo da mulher no processo parturitivo, como também serem protagonistas de suas vidas e repudiarem qualquer tipo de discriminação e violência, que possam comprometer os direitos de mulher e cidadã.

### REFERÊNCIAS

- [1] ANDRADE, L.O. et al. Práticas dos profissionais de enfermagem diante do parto humanizado. *Rev. enferm. UFPE*, v. 11, n. 6, p. 2576-2585, 2017.
- [2] BRUGEMANN, O.M.; OSIS, M.J.D.; PARPINELLI, M.A. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Rev Saúde Pública*, v. 41, n. 1, p. 44-52, 2017.
- [3] DAVIM, R.M.B.; BEZERRA, L.G.M. Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no projeto Midwifery: um relato de experiência. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 10, n.5, p. 727-32, 2012.
- [4] DIAS, M.A.B.; DESLANDES, S.F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cad Saúde Pública*, v. 22, n. 12, p. 2647-55, 2016.
- [5] DIAS, M.A.B.; DOMINGUES, R.M.S.M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 699-705, 2015.

- [6] DINIZ, C.S. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627-37, 2015.
- [7] GARDENAL, L.C.C. et al. Perfil das Enfermeiras que atuam na Assistência à Gestante, Parturiente e Puérpera, em Instituições de Sorocaba/SP. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 10, n. 4, p. 478-84, 2012.
- [8] MEDEIROS, R.M.K. et al. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. *Rev. bras. Enferm.*, v. 69, n. 6, p. 1091-1098, 2016.
- [9] MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2010.
- [10] OLIVEIRA, J.D.G. et al. Percepção de enfermeiros obstetras na assistência à parturiente. *Rev. enferm. UFPE*, v. 10, n. 10, p. 3868-3878, 2016.
- [11] REIS, A.E.; ZULEICA, M.P. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de santa Catarina. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 10, p.221-30, 2015.
- [12] RIESCO, M.L.G.; FONSECA, R.M.G.S. Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não médicos na assistência ao parto. *Cad Saúde pública*, v. 18, n. 3, p. 685-98, 2012.
- [13] SANTOS, A.H.L. et al. Práticas de assistência ao parto normal: formação na modalidade de residência. *Rev. enferm. UFPE*, v. 11, n. 1, p. 2134-43, 2017.
- [14] SILVA, T.C. et al. Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. *Revista de enfermagem do centro-oeste mineiro*, v. 7, p. 1294-1305, 2017.

# Capítulo 4

## *Assistência de enfermagem no pós-termo: Relato de experiência*

*Carla Vanessa Pinheiro da Silva*

*Hélio de Almeida Nobre Junior*

*Tamara Braga Sales*

*Roberta Liviane da Silva Picanço*

*Lucélia Fernandes de Almeida Lima*

**Resumo:** Objetivou-se por relatar a vivência com uma gestante no pós-termo no Centro Obstétrico. O diagnóstico de certeza da duração da gravidez somente pode ser feito com o estabelecimento precoce da idade gestacional. O exame ultrassonográfico no início da gestação, idealmente entre 9 e 12 semanas, é o método mais fidedigno para avaliação da idade gestacional, principalmente em gestantes com dúvidas sobre a data da última menstruação. Existe um número bastante considerável de mulheres que ainda não realizam o número mínimo de consultas, durante o pré-natal, preconizado pelo Ministério da Saúde. A pesquisa evidenciou a importância das consultas de pré-natal. O acompanhamento à paciente ocorreu nos meses outubro/novembro de 2018, em uma maternidade referência em partos, em Caucaia. Todavia, não há um consenso quanto ao número ideal de consultas, visto que está comprovado que poucas consultas realizadas de forma qualificada podem ser tão eficazes quanto a realização delas em maior número. Conclui-se que criar vínculos com a paciente, é de suma importância para assistência de enfermagem durante as consultas de pré-natal, pois traz benefícios tanto para a paciente quanto para o profissional.

**Palavras-chave:** Obstetrícia. Cuidados de Enfermagem. Gestação.

## 1. INTRODUÇÃO

A gestação prolongada compreende um período igual ou superior a 42 semanas completas ou com mais de 294 dias, a contar do primeiro dia do último período menstrual. Desta forma, conceitua que pós-maturidade é a gravidez que ultrapassa o período de 42 semanas acompanhado com o sofrimento fetal e que conseqüente acarreta à insuficiência placentária, podendo levar à oligodramnia e hipóxia fetal. Com isso, pós-datismo é a gestação que ultrapassa 40 semanas. Consideram-se confusas as variações de terminologias utilizados para gestações que excedem o período gestacional, ou seja, devendo ser utilizada somente a denominação “gravidez prolongada” (MATTHES, 2010).

O diagnóstico de certeza da duração da gravidez somente pode ser feito com o estabelecimento precoce da idade gestacional. O exame ultrassonográfico (USG) no início da gestação, idealmente entre 9 e 12 semanas, é o método mais fidedigno para avaliação da idade gestacional, principalmente em gestantes com dúvidas sobre a data da última menstruação. O exame realizado no segundo trimestre não é tão preciso, mas tem valia se há uma diferença maior que 10 dias entre a estimativa dessa USG e a data da última menstruação. Nesse caso, deve-se ajustar a idade gestacional pela USG (BRASIL, 2012).

O que se depreende é que o início precoce do pré-natal é de fundamental importância para se determinar, com precisão, a idade gestacional. Assim, durante a anamnese, deve-se obter o maior número de informações para se estimar a idade gestacional. Para tanto, a gestação prolongada, a partir de 42 semana e ocorre aproximadamente 5% dos casos, enquanto 10% de todas as gestações se estendem além de 41 semanas. A indicação de cesariana por gestação prolongada não parece ser justificada. Além do mais, todos os esforços devem ser feitos para datar corretamente a gestação e evitar a interrupção eletiva antes do termo. Uma das conseqüências da política de interromper sistematicamente as gestações pós-termo tem sido o aumento das taxas de prematuros tardios, aumentando a morbidade neonatal (SOUZA, AMORIM E PORTO, 2010).

Caso não haja objeção por parte da mulher, deve ser realizado o descolamento das membranas amnióticas, entre 38 e 41 semanas, para diminuir a probabilidade de indução do parto. A indução do parto deve ser realizada a partir de 41 semanas de gestação, após concordância da mulher. Em gestantes que recusam submeter-se à indução, na conduta deverá ser avaliado o bem-estar fetal. A frequência de vigilância deve ser duas vezes por semana. O parto deve ser realizado se houver oligohidramnio, presença de mecônio à amnioscopia ou evidências de comprometimento fetal. A doppler xometria não tem nenhum benefício comprovado na avaliação desses fetos e não é recomendada para esta indicação (BRASIL, 2012).

Assim sendo, embora não se tenha conhecimento de que houve erro de datação da gravidez da paciente acompanhada, o fato é que isso permitiu que estudássemos sobre o tema gravidez prolongada, os riscos para a gestante e para a criança e tornasse o estudo de caso mais propício ao aprendizado.

Existe um número bastante considerável de mulheres que ainda não realizam o número mínimo de consultas, durante o pré-natal, preconizado pelo Ministério da Saúde, contribuindo para que o número de mortes, causado por complicações durante a gravidez, o parto e o puerpério aumentem.

Daí a importância da sistematização da assistência de Enfermagem no período gestacional, principalmente através da realização da Consulta de Enfermagem no pré-natal de baixo risco e das ações educativas. A sistematização da assistência ao pré-natal irá implementar a cobertura e o acesso ao pré-natal, envolvendo e valorizando o profissional Enfermeiro com vistas à assistência mais integral e humanizada, dentro das instituições de saúde.

Com essa assistência, a instituição prestadora proporcionará, à mulher a oportunidade de ter acesso ao atendimento integral durante o período gestacional, prevenindo assim, complicações e estimulando-a a cuidar sempre de sua saúde.

Objetivou-se relatar a vivência com uma gestante no pós-termo no Centro Obstétrico em uma Maternidade referência em Caucaia-Ce.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, qualitativa, do tipo relato de experiência, que tem a finalidade de descrever a experiência vivida em uma maternidade com o caso de um paciente pós-termo.

Minayo (2010), vem tratar sobre o caráter qualitativo das ciências sociais e da metodologia que se deve aplicar para reconstruir de forma teórica o seu significado. A metodologia qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não

deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilha com seus semelhantes.

A pesquisa evidenciou a importância das consultas de pré-natal. O acompanhamento à paciente ocorreu nos meses outubro/novembro de 2018, em uma maternidade referência em partos, em Caucaia, por suas características favoráveis a esse tipo de intervenção, sendo designadas pacientes para realização da atividade.

Para a coleta dos dados, realizou-se uma entrevista semiestruturada com a caracterização da paciente, bem como perguntas sobre o seu histórico de vida, seu pré-natal, sua situação de saúde e das dificuldades enfrentadas durante o processo de sua gravidez.

A pesquisa obedeceu à resolução no 510/16 do Conselho Nacional da Saúde (CNS) que dispõe sobre as Normas e Diretrizes.

### 3. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

#### 3.1 FUNDAMENTAÇÃO PARA A CRIAÇÃO DO RELATO DE EXPERIÊNCIA

É evidente a importância dos fatores sociodemográficos e das características maternas para os resultados sobre a saúde materna e infantil. No entanto, a atenção pré-natal destaca-se como fator essencial na proteção e na prevenção a eventos adversos sobre a saúde obstétrica, possibilitando a identificação e o manuseio clínico de intervenções oportunas sobre potenciais fatores de risco para complicações à saúde das mães e de seus recém-nascidos (SOUZA, AMORIM E PORTO, 2010).

Dessa forma, a não realização ou a realização inadequada dessa assistência na atenção à gestante tem sido relacionada a maiores índices de morbimortalidade materna e infantil. Pesquisa de âmbito nacional evidenciou boa cobertura da atenção pré-natal no Brasil, chegando a indicadores universais e quase equânimes entre as regiões. No entanto, cabe ressaltar que a qualidade do acesso, no que diz respeito ao início do pré-natal, ao número de consultas realizadas e à realização de procedimentos básicos preconizados pelo Ministério da Saúde, é insuficiente nas várias regiões do país e, principalmente, em determinados grupos populacionais menos favorecidos econômica e socialmente (NUNES et al., 2016).

Consideram-se, além da disponibilidade organizacional e da distribuição geográfica dos serviços de saúde, características individuais como local de moradia, escolaridade, renda e nível socioeconômico como fatores importantes para o acesso das gestantes à assistência pré-natal.

Nessa perspectiva, a adequação da assistência pré-natal tem sido avaliada há décadas por meio de indicadores com base no número de consultas realizadas e no mês de início do pré-natal. Todavia, não há um consenso quanto ao número ideal de consultas, visto que está comprovado que poucas consultas realizadas de forma qualificada podem ser tão eficazes quanto a realização delas em maior número (NUNES et al., 2016).

Os profissionais de saúde são grandes colaboradores dessa experiência da mulher, pois desempenham importante papel neste momento vital ao atuarem com competência. Ao colocarem o seu conhecimento à disposição da manutenção do equilíbrio físico/psíquico da gestante e do recém-nascido, podem reconhecer os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar o bem-estar de ambos.

O enfermeiro participa da equipe multiprofissional e desempenha importante papel no cuidado prestado à gestante, por meio do Processo de Enfermagem (PE) o enfermeiro que integraliza a assistência de enfermagem à parturiente, planejando e promovendo um cuidado específico conforme suas necessidades. A enfermagem tem oportunidade de criar vínculo com a parturiente e promover um cuidado diferenciado e efetivo à mesma, através de uma assistência qualificada, acolhedora e humanizada.

Conforme a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe: a assistência de enfermagem à gestante, à parturiente e à puérpera; o acompanhamento da evolução do trabalho de parto e parto; e a execução do parto sem distócia. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução 358/2009, dispõe, ainda, sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e descreve que a implementação do PE deve ser realizada em todas as instituições brasileiras onde o enfermeiro presta cuidados de enfermagem, sendo uma função privativa do mesmo.

Em consonância, o PE é um instrumento metodológico que orienta a assistência e a documentação da atuação da enfermagem, oferecendo maior visibilidade e reconhecimento profissional. Deste modo, o PE oportuniza a valorização das ações dos profissionais, a delimitação das suas competências e a conquista dos seus espaços (FRAGA et al., 2018).

### 3.2 ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é regulamentada no Brasil como um método que organiza o trabalho profissional, possibilitando a implementação do Processo de Enfermagem (PE), instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem, organizado em cinco etapas inter-relacionadas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem (SILVA et al., 2015).

Pelo exposto, o Quadro nº 1 apresenta a Contextualização das Etapas do Processo de Enfermagem. Assim, pode-se enfatizar que a Enfermagem empodera-se do cuidado das gestantes e que a dedicação ao exercício profissional, proporciona uma assistência de qualidade.

Quadro 1- nº Contextualização das Etapas do Processo de Enfermagem.

Coleta de dados	Entrevista com a construção do histórico: a maternidade recebeu uma paciente de 19 anos, casada, segundo grau incompleto, dona de casa, G1P0A0, com 41 semanas e 3 dias de gestação. Residente na cidade de Caucaia, informou que por conta das dificuldades de acesso as consultas do posto de saúde, realizou somente três consultas em seu pré-natal.
Diagnóstico de enfermagem	Traçar um diagnóstico através do caso clínico da gestante.
Planejamento	Levantar um plano de cuidado baseado no diagnóstico traçado.
Implementação	Colocar em prática o plano.
Avaliação de enfermagem	Avaliar os resultados e obter um feedback positivo do cuidado prestado.

Fonte: elaborado pelos autores.

### 3.3 PLANO DE AÇÃO PARA PROMOVER A QUALIDADE GESTACIONAL

Durante o relato de experiência, pensou-se em uma estratégia de educação e saúde para trabalhar com os profissionais que diretamente estão no cuidado com as gestantes. Deste modo, traçamos uma proposta para que seja aplicada no hospital na qual se trata o relato. Segue abaixo uma proposta educativa.

<b>EDUCAÇÃO EM SAÚDE ORIENTAÇÕES GERAIS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A oficina terá a duração de 1h30min e acontecerá no próprio hospital, em horário e data pré-marcada com os profissionais.</li> <li>▪ Haverá orientação teórica e, a seguir, desenvolvimento de práticas interventivas.</li> <li>▪ Os temas a serem abordados no dia serão apresentados escolhidos conforme a necessidade dos usuários da unidade.</li> </ul>
<b>PÚBLICO ALVO</b>
Direcionado para enfermeiros do hospital.
<b>OBJETIVOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Treinamento, atualização e aperfeiçoamento dos protocolos para os profissionais;</li> <li>▪ Demonstrar a importância do pré natal as gestantes;</li> <li>▪ Importância da educação em saúde;</li> <li>▪ Cuidados gerais durante a gestação.</li> </ul>
<b>TEMAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oficina 1: Capacitação dos profissionais, quanto ao atendimento inicial e as possíveis complicações que podem ser evitadas quando há um acompanhamento adequado.</li> </ul>

**METODOLOGIA**

A oficina será dividida em 6 etapas:

1ª etapa: Apresentação da proposta e convite para participação das atividades com orientações, atualizações, sugestões e capacitação para os profissionais.

DURAÇÃO: 25min

2ª etapa: Aulas expositivas;

DURAÇÃO: 20min

3ª etapa: Prática interventiva;

DURAÇÃO: 30min

4ª etapa: Avaliação, relatos de experiências, sugestões

DURAÇÃO: 15min

Serão utilizados diversos recursos disponíveis, a fim de promover uma maior interação de seus participantes com os temas abordados por meio da ferramenta de educação em saúde.

**AULAS EXPOSITIVAS**

Entre rodas de conversas, as aulas expositivas serão feitas a partir de apresentação em slides, com vídeos educativos e trocas de experiências.

**RECURSOS DIDÁTICOS**

Vídeos, banner, folder, data show e manuais.

Fonte: elaborado pelos autores.

**3.4 EXTENSÃO E PESQUISA**

Embora a educação em saúde possua caráter mais amplo, ela é considerada um dos principais dispositivos para a viabilização da promoção da saúde, auxiliando no desenvolvimento da responsabilidade individual e na prevenção de doenças. Nesse sentido, a educação possui importância inegável para a promoção da saúde, sendo utilizada como veículo transformador de práticas e comportamentos individuais, e no desenvolvimento da autonomia e da qualidade de vida do usuário (JANINI et al., 2015).

A experiência despertou especial interesse pela área educacional, nomeadamente sobre a saúde da mulher e da criança, devido a necessidade de um olhar holístico, interventivo e participativo intercalado com a educação e saúde. Em consonância, levando em consideração que grande parte dos profissionais por mais que estejam ali, atuando todos os dias com aquela situação, ainda assim, não perdem a oportunidade de participarem dessas palestras, que tem o intuito de ofertar ainda mais o conhecimento.

Em virtude da aceitação do projeto educacional pelos profissionais, cria-se a perspectiva que o cuidado com a gestante possa ser visto de forma intrínseca e ser tratado como algo importante do processo da gestação e sempre que possível, norteadas pelas ferramentas didáticas de educação em saúde.

**4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conclui-se que o processo de relatar a sistematização da assistência ocorreu de forma tranquila, aliando teoria e prática. A entrevista investigou a situação de saúde da cliente, identificando os problemas e necessidades passíveis de serem abordados no estudo.

Ressalto também que criar vínculos com a paciente, é de suma importância para assistência de enfermagem durante as consultas de pré-natal, pois traz benefícios tanto para a paciente quanto para o profissional. Fidelizar consultas com as gestantes, trazendo-as para nossa realidade, mudaria esse índice de pacientes leigas de muitos perigos durante a gravidez.

**REFERÊNCIAS**

- [1] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p.
- [2] BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Brasília: Ministério da saúde, 2016.
- [3] FRAGA, T.F. Processo de enfermagem em centro obstétrico: perspectiva dos Enfermeiros. Enferm. Florianópolis, v. 27, n. 3. 2018.
- [4] JANINI, J.P.; BESSLER, D.; VARGAS, A.B. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. Saúde debate. v. 39, n. 105, p.480-490. 2015.

- [5] MATTHES, A.C.S. Gravidez prolongada: subsídios da literatura médica para uma defesa. *Femina*. v.38, n. 8, p. 393-400. 2010.
- [6] MINAYO, M.C.S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
- [7] NUNES, J.T; GOMES, K.K.R; RODRIGUES, M.T.P.; et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cad. Saúde Colet*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 252-261. 2016.
- [8] SILVA, J.P.; GUARANHANI, M.L.; PERES, A.M. Sistematização da Assistência de Enfermagem na graduação: um olhar sob o Pensamento Complexo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. V. 23, n. 1, p. 59-66, 2015.
- [9] SOUZA, A.S.R.; AMORIM, M.M.R.; PORTO, A.M.F. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. *Femina*. v. 38, n.10, p. 505-516, 2010.

# Capítulo 5

## *Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto*

*Amanda Gondim Gomes*

*Etevaldo Deves Fernandes Neto*

*Victor Hugo Santos de Castro*

*Francisca Antonia do Vale Gomes*

*Sara Maria Oliveira Bandeira*

*Marcia Alves Ferreira*

*Maíra Maria Leite de Freitas*

*Ismael Pereira Maciel*

**Resumo:** Verificar nas revisões de literatura quais métodos não farmacológicos para alívio de dor no trabalho de parto. Trata-se de um estudo do tipo Revisão Integrativa (RI) da literatura. Foi estabelecido como a identificação do tema principal, a elaboração da seguinte questão norteadora: *Quais produções científicas acerca dos métodos não farmacológicos para o alívio de dor no trabalho de parto evidenciados no período de 2010 a 2019.* A busca de dados foi realizada no período de novembro de 2018 a janeiro de 2019, nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF). A análise contou com 13 artigos e os dados foram reunidos e completam a caracterização dos estudos e a atuação do enfermeiro no cuidado paliativo identificados em cada artigo. A seguir, será apresentado nos quadros referentes a caracterização dos estudos.

**Palavras-Chave:** Métodos não farmacológicos. Dor do Parto. Trabalho de Parto. Parto Normal. Enfermagem Obstétrica.

## 1. INTRODUÇÃO

A dor do trabalho de parto é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela International Association for the Study of Pain (IASP) como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada à uma lesão tecidual real ou potencial. A dor durante o trabalho de parto é exclusiva de cada mulher, sendo esta, influenciada por uma série de fatores. O profissional de Enfermagem deve respeitar a cultura e a história de cada mulher, o que lhe possibilitará a compreensão e o saber para diferenciar a dor, além de proporcionar à mulher um atendimento sensível e diferenciado (MEDEIROS *et al.*, 2015).

O parto consiste na expulsão do feto e conteúdo gestacional, podendo ter seu início a partir da 28ª semana de gestação, muitas vezes o diagnóstico inicial se dá com o rompimento da bolsa com extravasamento de líquido de cor clara e sem cheiro ou com contrações uterinas com intervalos variados, acompanhado de uma dilatação uterina (FRIGO *et al.*, 2013).

O trabalho de parto é entendido como alterações fisiológicas que ocorrem em um período de tempo e com objetivo de nascimento do feto. Essas alterações fisiológicas são caracterizadas por alterações do útero com intensidade e frequência, onde se resulta em uma dilatação de forma progressiva no colo uterino (cervix) e com a apresentação fetal (DIAS *et al.*, 2018).

A humanização da assistência ao parto se constitui por meio de condutas, procedimentos e atitudes que visam à promoção e à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, proporcionando bem-estar e segurança à gestante que se encontra em trabalho de parto dentro da instituição (SILVA, 2009).

Promover o conforto e a satisfação da mulher no parto estão entre as tarefas mais importantes dos provedores de cuidados. As práticas que têm estes objetivos fazem parte de um contexto de valorização do parto fisiológico e do uso adequado de tecnologias na assistência ao parto e nascimento, que incluem desde modificações nos ambientes de assistência ao parto até o emprego de práticas não medicamentosas de alívio à dor do parto. Logo, tais práticas assistenciais causam menos efeitos colaterais para a mãe e o bebê e podem permitir à mulher mais sensação de controle no parto. Ambientes intra-hospitalares com aspectos arquitetônicos e mobiliário adequados contribuem para a promoção de sensação de calma, controle e liberdade de movimento (SILVA *et al.*, 2011).

Os métodos não farmacológicos (MNF's) são usados e têm por finalidade de tornar o parto de forma mais natural possível, para o alívio de dor, diminuição das intervenções como as cesarianas desnecessárias e também com a diminuição da administração dos fármacos, fazendo com que seja sua principal vantagem em desempenhar a autonomia da parturiente, proporcionando assim a participação ativa da mesma e do (a) acompanhante (HARUM *et al.*, 2017).

Esses métodos, desde a década de 60 vêm sendo alvo de estudos, porém, em geral, em algumas maternidades brasileiras passaram a ser introduzidos a partir da década de 90, com o movimento de humanização do nascimento e com as recomendações do Ministério da Saúde (MS) (GAYESKI; BRUGGEMANN, 2010).

Ademais, os MNF's devem ser iniciados desde o pré-natal, através de orientações que tranquilizem a mulher e a sua família. Dentre os MNF's, pode-se citar: suporte contínuo, o banho de chuveiro ou de imersão, massagens, deambulação, acupuntura, exercícios de respiração e exercícios de relaxamento muscular (MEDEIROS *et al.*, 2015).

Este estudo tem como justificativa a importância da implantação dos métodos não farmacológicos para o alívio de dor no trabalho de parto, a fim de demonstrar a importância do MNF's para: o alívio da dor; redução da ansiedade; redução do risco entre exposições dos fármacos de forma desnecessária e a importância do companheiro no trabalho de parto.

Objetivou-se verificar nas revisões de literatura quais os principais métodos não farmacológicos utilizados para o alívio da dor no trabalho de parto.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo Revisão Integrativa (RI) da literatura que permite uma construção da análise mais ampla sobre o tema de estudo e assim contribuindo nas discussões sobre o método e o resultado da presente pesquisa.

O presente estudo foi produzido em seis etapas: 1) a formulação da questão norteadora; 2) uma busca de dados e traçado dos critérios de inclusão e os de exclusão; 3) levantamento da amostragem extraída dos

artigos selecionados; 4) agrupamento dos estudos selecionados; 5) análise e discussão dos resultados; 6) apresentação da condensação dos conhecimentos extraídos da revisão.

Foi estabelecido como a identificação do tema principal, a elaboração da seguinte questão norteadora: *Quais produções científicas acerca dos métodos não farmacológicos para o alívio de dor no trabalho de parto evidenciados no período de 2010 a 2019?*

A busca de dados foi realizada no período de novembro de 2018 a janeiro de 2019, nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF). Os descritores utilizados para esta revisão foram: “Métodos não farmacológicos”, “Dor do Parto”, “Trabalho de Parto”, “Parto Normal”, “Enfermagem Obstétrica”, sendo associados em diferentes formas para garantir seriedade dos dados coletados pelas bases de dados selecionadas.

Os critérios de inclusão delimitados para a seleção dos estudos foram: artigos produzidos por enfermeiros; que contemplassem o objetivo proposto; indexados nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BDENF; publicados no período de 2010 a 2019; em língua inglesa, portuguesa ou espanhola; e disponíveis eletronicamente na íntegra. Foram excluídos os estudos que contêm monografias, trabalhos de conclusão de curso, dissertações, teses, editoriais, cartas ao editor e artigos que não correspondem com o objetivo da pesquisa.

Foram identificados 206 dos quais foram 95 artigos do LILACS, 15 MEDLINE e 96 BDENF. Após a leitura, foram excluídos 92 artigos nos quais estavam replicados ou por não terem artigos disponíveis em sua totalidade, assim somatizando 114 estudos. Após uma leitura analítica destes estudos, eliminou-se 101 artigos, por não corresponderem os critérios de inclusão determinados, tendo como sequência 13 estudos.

O processo de seleção dos estudos foi executado por meio da leitura minuciosa de títulos e resumos, de modo que foram para a seleção final os estudos que atendiam aos critérios de inclusão supracitados. Para a seleção final dos artigos, foi realizada análise de forma crítica e detalhada, fazendo comparação com a literatura pertinente à temática.

Para caracterizar os estudos selecionados, foi utilizado um instrumento validado, adaptado conforme o objetivo de estudo do artigo. Deste modo, os tópicos abordados neste instrumento foram: título do artigo, autores, revista, ano de publicação, idioma do artigo, objetivo, tipo de estudo e as características para a prática de enfermagem.

### 3. RESULTADOS

A análise contou com 13 artigos e os dados foram reunidos e completam a caracterização dos estudos e a atuação do enfermeiro no cuidado paliativo identificados em cada artigo. A seguir, será apresentado nos quadros referentes a caracterização dos estudos.

Quadro 01 – Distribuição de artigos conforme título, autores, revista, ano e idioma. Fortaleza-Ceará, Brasil, 2019.

Nº	TÍTULO	AUTORES	REVISTA	ANO	IDIOMA
01	Effect of shower bath on pain relief of parturients in active labor stage.	SANTANA, L.S. et al	Revista Dor	2013	Inglês
02	Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto.	BARBIERI, M. et al.	Acta Paul Enferm	2013	Português
03	Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: Revisão integrativa.	E SILVA, D.A.O. et al.	Rev enferm UFPE on line	2013	Português
04	Estratégias não farmacológicas utilizadas no parto: uma revisão integrativa	MOREIRA, K.A.P. et al.	Revista Diálogos Acadêmicos	2012	Português
05	Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática	GAYESKI, M.E.; BRUGGEMANN , O.M.	Texto Contexto Enferm	2010	Português

(continuação ...)

Quadro 01 – Distribuição de artigos conforme título, autores, revista, ano e idioma. Fortaleza-Ceará, Brasil, 2019.

Nº	TÍTULO	AUTORES	REVISTA	ANO	IDIOMA
06	Eficiência de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal	DIAS, E.G. et al.	Enferm. Foco	2018	Português
07	Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto	DA SILVA, E.F.; STRAPASSON, M.R.; FISCHER, A.C.S.	R. Enferm. UFSM	2011	Português
08	Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto: Efetividade sob a ótica da parturiente	HARUM, S.P. et al.	Rev enferm UFPE on line	2017	Português
09	Non-pharmacological methods for pain relief during labor: Integrative review	MAFETONI, R.R.; SHIMO, A.K.K.	Rev Min Enferm	2014	Inglês
10	Recursos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto: Revisão integrativa	DA SILVA, E.C. et al.	Ciências Biológicas e de Saúde Unit	2017	Português
11	Acupuntura e auriculoterapia como métodos não farmacológicos de alívio da dor no processo de parturição	CHEROBIN, F.; OLIVEIRA, A.R.; BRISOLA, A.M.	Cogitare Enferm.	2016	Português
12	Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante trabalho de parto	COELHO, K.C.; ROCHA, I.M.S.; LIMA, A.L.S.	Revista Recien.	2017	Português
13	Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto	OSÓRIO, S.M.B.; JÚNIOR, L.G.S.; NICOLAU, A.I.O.	Rev Rene	2014	Português

Fonte: GOMES, 2019.

De acordo com o quadro 01, as publicações que ocorreram com maior frequência em relação aos anos, foi no ano de 2017 com aproximadamente 23,07% (03 artigos) e 2013 também com aproximadamente 23,07% (03 artigos), em seguida o ano de 2014 com aproximadamente 15,38% (02 artigos) e nos anos de 2010, 2011, 2012, 2015 e 2018 todos com aproximadamente 7,69% (01 artigo).

Em relação ao idioma, 84,61% dos artigos foram publicados em português (11 artigos) e 15,38% em inglês (02 artigos). Quanto as revistas publicadas, com aproximadamente 15,38% dos artigos foram publicados na Rev enferm UFPE on line (02 artigos) e nas revistas Revista Dor, Acta Paul Enferm., Revista Diálogos Acadêmicos, Texto Contexto Enferm, Enferm. Foco, R. Enferm. UFSM, Rev Min Enferm, Ciências Biológicas e de Saúde Unit, Cogitare Enferm., Revista Recien., Rev Rene com aproximadamente 7,69% (01 artigo) dos artigos encontrados.

Quadro 02 - Distribuição dos artigos de acordo com os objetivos, tipos de estudo, níveis de evidência. Fortaleza-Ceará, 2019.

Nº	Objetivo	Nível de Evidência
01	Avaliar o efeito do banho de chuveiro no alívio da dor, durante a fase ativa do trabalho de parto.	III
02	Avaliar de forma isolada e combinada a utilização do banho quente de aspersão e exercícios perineais realizados com bola suíça durante o trabalho de parto e a percepção da dor.	I
03	Apresentar a revisão de literatura sobre os métodos não farmacológicos no alívio da dor no parto normal.	I
04	Analisar as evidências disponíveis na literatura sobre as estratégias não farmacológicas (ENF) utilizadas no parto na perspectiva da promoção da saúde das gestantes.	I
05	Avaliar os resultados maternos e neonatais decorrentes da utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto, classificados como tecnologia leve-dura de cuidado.	I

(continuação ...)

Quadro 02 - Distribuição dos artigos de acordo com os objetivos, tipos de estudo, níveis de evidência. Fortaleza-Ceará, 2019.

Nº	Objetivo	Nível de Evidência
06	Verificar a percepção das puérperas no pós-parto imediato sobre a eficiência do uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal	V
07	Analisar as produções científicas relacionadas aos métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto	I
08	Identificar métodos não farmacológicos empregados para o alívio da dor durante o trabalho de parto, bem como sua eficácia segundo a percepção de puérperas	IV
09	A busca de evidências disponíveis na literatura que abordem os métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto	I
10	Analisar as produções científicas relacionadas aos recursos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto e contribuir na assistência à parturiente no momento da dor e do desconforto durante o trabalho de parto.	I
11	Analisar os resultados da acupuntura e auriculoterapia como controle da dor, por meio de pesquisa convergente assistencial, entre junho e setembro de 2015	VI
12	Verificar por meio de revisão em periódicos nacionais e internacionais, os métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto utilizados pela enfermeira (o) obstetra / obstetrix e demais profissionais que assistem à mulher neste período.	I
13	Avaliar a efetividade de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, verificando se os mesmos interferem na intensidade da sensação dolorosa durante o trabalho de parto.	I

Fonte: GOMES, 2019.

De acordo com o quadro 02, no delineamento dos estudos, houve um destaque no nível de evidência I com aproximadamente 69,23% dos artigos, assim apresentando no total de 9 artigos e em seguida nível de evidência III com aproximadamente 7,69% (01 artigo), nível de evidência IV com aproximadamente 7,69% (01 artigo), nível de evidência V com aproximadamente 7,69% (01 artigo), nível de evidência VI com aproximadamente 7,69% (01 artigo).

Para tanto, foi visto, que há uma predominância em que se enquadra no nível de evidência I, o que se demonstra que houve evidências clínicas muito fortes, tendo em vista que as melhores evidências são provenientes de metanálise/revisões sistemáticas de estudos clínicos controlados e com randomização e de ensaios clínicos bem delineados e randomizados. Logo, percebe-se que há uma necessidade dos profissionais da área da obstetrícia aumentarem seus interesses em produção de conhecimentos nesta temática, para subsidiar uma prática clínica do mesmo.

Quadro 03 – Apresenta a importância dos artigos para a prática e artigos que descrevem essas ações. Fortaleza-Ceará, 2019.

Importância para a prática	Artigos que descrevem essas ações
Hidroterapia	2,4,6,9,10,12
Deambulação	3,4,7,8,9,10,11,12
Mudanças de Decúbito	3,9
Exercícios de Relaxamento	3,6,7,8,12
Exercícios Respiratórios	2,4,6,7,8,9,10,12
Massagem Lombo Sacral	2,4,8,9,10,11,12,13
Banho de Chuveiro	1,4,6,7,8,9,10,12
Banho Quente	2,8,10
Banho Quente com Aspersão	3,8,10
Bola Suíça	2,3,6,7,8,10,11,12
Musicoterapia	3,10
Aromaterapia	3,4,5,10,11,13
Estimulação Elétrica Transcutânea	3,4,7,10,12,13
Acupuntura	11
Auriculoterapia	11

Fonte: GOMES, 2019.

Após a análise dos artigos selecionados, foram definidas 15 competências relacionadas a importância para a prática, como: Hidroterapia; Deambulação; Mudanças de Decúbito; Exercícios de Relaxamento; Exercícios Respiratórios; Massagem Lombo Sacral; Banho de Chuveiro; Banho Quente; Banho Morno com Aspersão; Bola Suíça; Musicoterapia; Aromaterapia; Estimulação Elétrica Transcutânea; Posição Vertical.

#### 4. DISCUSSÃO

O parto é considerado um fenômeno natural, porém tem sido demonstrado que a dor que o acompanha é uma experiência subjetiva e complexa que varia de indivíduo para indivíduo. A mulher parturiente não deve, portanto, ser censurada pelo seu despreparo no trabalho de parto (TP) e no parto, visto que cada uma vivencia esse momento de maneira distinta, o que deve conduzir os profissionais a respeitar sua individualidade, devendo essa conduta integrar as ações de assistência estabelecidas nas instituições que oferecem esse atendimento (MAFETONI; SHIMO, 2014).

A dor do trabalho de parto é interpretada sob diferentes formas pelas mulheres, sendo influenciada por diversos fatores como cultura, história familiar, ansiedade, medo e experiência anterior ou ainda grupo social a que pertencem. Uma importante contribuição na assistência à parturiente é proporcionar condições para que esta possa suportar a dor e o desconforto gerado pelas contrações uterinas durante o processo da parturição (BARBIERI et al., 2013).

De acordo com os autores Moreira et al. (2012), para auxiliar as mulheres em trabalho de parto a suportar a dor, é importante o apoio e a abordagem humanizada, identificando-se seus aspectos qualitativos e quantitativos para o planejamento sistemático de informações e orientações tranquilizadoras para tornar o processo parturitivo menos doloroso, já que as mulheres necessitam de atenção, aconselhamento e habilidades de comunicação, objetivando melhor condução no trabalho de parto.

Os Métodos Não Farmacológicos (MNFs) para alívio da dor, utilizados durante o trabalho de parto, são tecnologias de cuidado que envolvem conhecimentos estruturados quanto ao desenvolvimento da prática de enfermagem em centro obstétrico (GAYESKI; BRUGGEMANN, 2010).

Os cuidados não farmacológicos são instituídos pelo Ministério da Saúde, propostos por meio do processo de humanização. Estes cuidados são opções beneficentes para alívio da dor da parturiente durante o trabalho de parto, introduzidos de forma a substituir técnicas invasivas, analgésicas e anestésicas. São várias as técnicas para alívio da dor durante o trabalho de parto (HANUM et al., 2017).

É essencial que cuidados não farmacológicos de alívio da dor sejam explorados, por serem mais seguros e acarretarem menos intervenções. Além disso, a dor pode ser aliviada utilizando-se apenas essas tecnologias de cuidado, retomando o significado fisiológico que o parto deve representar para a mãe e para o recém-nascido (OSÓRIO; JÚNIOR; NICOLAU, 2014).

Segundo os estudos selecionados e analisados, foram identificados os principais métodos não farmacológicos para alívio de dor no trabalho de parto, são eles:

##### Hidroterapia

A hidroterapia refere-se ao banho de imersão ou de aspersão. É considerada uma alternativa para o conforto da mulher em trabalho de parto, já que oferece alívio sem interferir na progressão do parto e sem trazer prejuízos ao recém-nascido. Ao entrar na água aquecida, o calor e a flutuação ajudam a liberar a tensão muscular e podem conferir uma sensação de bem-estar. A água quente proporciona uma estimulação confortante aos nervos da pele, o que promove vasodilatação, reversão da resposta nervosa simpática e redução de catecolaminas. Existem muitas opções de hidroterapia, desde banheiras comuns até banheiras de hidromassagem e chuveiros, combinados com pouca iluminação e associados com outros métodos como a bola de Bobath e a música. A recomendação para iniciar a hidroterapia é que a cliente esteja em trabalho de parto ativo (> 5 cm de dilatação) para evitar a desaceleração das contrações do trabalho de parto secundárias ao relaxamento muscular. As membranas amnióticas podem estar íntegras ou rotas. A cliente é encorajada a permanecer na banheira ou no chuveiro enquanto quiser e estiver confortável (SILVA et al., 2013).

### **Deambulação**

A deambulação tem como propósito reduzir a dor durante o trabalho de parto, não sendo explicada e nem havendo comprovações científicas como pode ocorrer (COELHO et al., 2017).

Deste modo, a deambulação é uma técnica utilizada para alívio da dor durante a fase ativa do trabalho de parto, proporcionando maior relaxamento, melhor progressão do trabalho de parto e menor consumo de analgésicos e anestésicos (SILVA et al., 2011).

### **Mudanças de Decúbitos**

Mudar de posição frequentemente (a cada 30 minutos), sentando-se, caminhando, ajoelhando-se, ficando de pé, deitando-se, ficando de quatro, ajuda a aliviar a dor. As mudanças de posição também podem auxiliar a acelerar o trabalho de parto em razão de acrescentar os benefícios da gravidade e as mudanças no formato da pelve. Se o trabalho de parto estiver evoluindo com lentidão, a deambulação pode acelerá-lo novamente. As pesquisas dizem que a posição e a frequência de mudanças de posição exercem efeitos profundos sobre a atividade e a eficiência uterina. Permitir que a cliente obtenha uma posição confortável frequentemente facilita uma rotação fetal favorável, pois altera o alinhamento da parte da apresentação com a pelve (SILVA et al., 2013).

### **Exercícios de Relaxamento**

Os exercícios de relaxamento têm como objetivo permitir que as mulheres reconheçam as partes do corpo e suas sensações, principalmente as diferenças entre relaxamento e contração, assim como as melhores posições para relaxar e utilizar durante o trabalho de parto. As técnicas de relaxamento também são utilizadas largamente onde se aplicam séries de exercícios dirigidos ao relaxamento dos diversos grupos musculares, em especial os músculos perineais e pélvicos. O objetivo das técnicas de relaxamento é reduzir a ansiedade e tensão muscular, dessa forma, tranquilizando a mente e relaxando os músculos. Em geral, as técnicas de relaxamento distraem a paciente, aumentam sua sensação de controle da dor e facilitam o sono e o repouso. Contudo, sabe-se que nem todas as técnicas funcionam com todas as gestantes, já que alguns pacientes precisam tentar relaxar várias vezes antes de conseguir algum alívio. Mesmo quando o método de relaxamento for bem-sucedido, o alívio da fadiga pode estender-se por apenas 20 minutos (SILVA et al., 2013).

### **Exercícios Respiratórios**

É utilizada durante as contrações nas diferentes fases do trabalho de parto e no período expulsivo (COELHO et al., p. 2017):

- Respiração total (respiração tóracoabdominal lenta, com inspiração e expiração profundas, num ritmo natural); Respiração torácica lenta (respiração lenta, com inspiração e expiração profundas e longas, num ritmo natural, direcionando a respiração para a região torácica);
- Respiração de pressão sem execução de força de pressão abdominal (respiração lenta, com inspiração profunda sustentada por maior tempo durante o puxo contrátil, a fim de manter o diafragma exercendo força sobre o útero, seguido de expiração longa);
- Período expulsivo: respiração de pressão com execução de força abdominal (contração da musculatura estriada) no momento dos puxos.

### **Massagem Lombo Sacral**

A massagem é técnica terapêutica, de baixo custo, associada com posição, deambulação e a respiração.

A técnica da massagem é um dos meios mais naturais e instintivos utilizados no alívio da dor e do desconforto, já que reduz a ansiedade e o estresse, promove o relaxamento muscular, diminui a fadiga muscular, tem ação sedativa e analgésica, traz aumento da consciência corporal, produz benefícios emocionais e equilíbrio entre sistema simpático e parassimpático (COELHO; ROCHA; LIMA, 2017).

Essa técnica favorece a consciência corporal, sobretudo das tensões. A tomada dessa consciência favorece o aprendizado relativo aos recursos para sua atenuação, sendo que seu emprego propicia o alívio das tensões, minimizando o desconforto provocado pela dor do parto (SILVA et al., 2013).

### **Banho de Chuveiro**

A eficácia do banho de chuveiro, exerce influência na dor e na evolução do trabalho de parto, pois atua no sistema cardiovascular, promovendo a vasodilatação periférica e a redistribuição do fluxo sanguíneo, consequentemente, aumentando a satisfação materna. Embora o banho de chuveiro seja um recurso de fácil aplicabilidade, sem efeitos colaterais e de baixo custo, ainda é escasso na literatura mundial o volume de ensaios clínicos controlados sobre a utilização dessa terapêutica no alívio da dor, durante o trabalho de parto, justificando a importância desta pesquisa que poderá contribuir para definir a eficácia desse recurso não farmacológico. Para que o recurso seja aplicado com resultado desejado, é necessário que a temperatura da água esteja em torno de 37 a 38° C, sendo importante que a paciente permaneça, no mínimo, 20 minutos no banho (SANTANA et al., 2013).

### **Banho Quente**

Sabe-se que o banho de chuveiro com temperaturas aquecidas promove a vasodilatação periférica, ocorrendo assim a redistribuição do fluxo sanguíneo, consequentemente, o relaxamento muscular (SANTANA et al., 2013).

O banho quente é uma estratégia não invasiva de estimulação cutânea de calor superficial que associado à intensidade e tempo de aplicação produzem efeito local, regional e geral, razão pela qual é considerado tratamento complementar e alternativo na prática obstétrica. Realizado a uma temperatura média de 37°C, está positivamente associado com o alívio da dor e ansiedade durante o trabalho de parto com redução dos níveis dos hormônios neuroendócrinos relacionados ao estresse, melhora no padrão das contrações (BARBIERI et al., 2013).

### **Banho Quente com Aspersão**

O banho quente com aspersão constitui como um método não farmacológico para alívio da dor no trabalho de parto, muito utilizado em nosso meio com o objetivo de promover o relaxamento e o conforto materno, auxiliar na progressão da evolução do trabalho de parto e diminuir o uso de analgesia contribuindo, assim, para a construção de um modelo de atenção obstétrica (BARBIERI et al., 2013).

Segundo os estudos dos autores Dias et al. (2018), o banho morno com aspersão, provocou nas puérperas relaxamento, calma, diminuição da dor e alívio

### **Bola Suíça**

A bola de parto, também conhecida como bola suíça ou bola de Bobath, permite a mudança de posição, diminuindo a sensação dolorosa da contração uterina, estimula movimentos espontâneos e não habituais, permite que a mulher se movimente para frente e para trás (cadeira de balanço) e ajuda na rotação e na descida fetal (SILVA et al., 2013).

Deste modo, a bola suíça é uma ferramenta adjuvante como estratégia de redução da dor e favorece a evolução do trabalho de parto. Exercícios com a bola suíça demonstraram eficácia significativa na redução da dor e evolução durante o trabalho de parto. O uso da bola suíça no trabalho de parto, objeto de borracha, inflável sob pressão, muito utilizada em sessões de fisioterapia para terapia física e neuro tratamento, permite a adoção da posição vertical, sentada e com um discreto balanceio pélvico, trabalha os músculos do assoalho pélvico, em especial o levantador do ânus e o pubococcigeo, além da fásia da pelve. A parturiente terá liberdade de movimentos, fará exercícios perineais e como resultado, estará participando ativamente no processo do parto e nascimento uma vez que poderá facilitar a descida e a rotação da apresentação fetal (BARBIERI et al., 2013).

Deve ser utilizada também durante o primeiro estágio do trabalho de parto, tendo a finalidade de melhorar a percepção da tensão e do relaxamento do assoalho pélvico da gestante, realizando movimentos

associados à respiração, o que permite muitas vezes o relaxamento da própria gestante (COELHO; ROCHA; LIMA, 2017).

### **Musicoterapia**

A musicoterapia é a melhoria das capacidades humanas através do uso organizado das influências da música sobre o funcionamento do cérebro humano. O emprego da música tem baixo custo e fácil aplicabilidade, além de ser uma modalidade de cuidado não farmacológico e não invasivo (E SILVA et al., 2013).

### **Aromaterapia**

A aromaterapia é uma prática alternativa que se utiliza do poder das plantas através do uso de suas essências (GAYESKI; BRUGEMANN, 2010). Esse método estimula a produção de substâncias relaxantes, que estimulam e sedam o corpo da parturiente.

Para tanto, a aromaterapia é eficaz apenas nas nulíparas que relataram uma redução na percepção da dor, onde se reduziu a ansiedade e o medo (SILVA et al., 2017).

### **Estimulação Elétrica Transcutânea**

A estimulação elétrica transcutânea consiste em um método para alívio da dor, o qual estimula o sistema opióide endógeno, justificando a redução do uso de medicamentos analgésicos e anestésicos durante o trabalho de parto. No entanto, autores demonstram que o uso dos eletrodos durante o trabalho de parto provoca desconforto e incômodo. Este método foi utilizado por meio de compressas de gelo, aplicadas sobre a região lombar, em decúbito lateral esquerdo, por um período de tempo de 20 minutos (SILVA et al., 2013).

### **Acupuntura**

A palavra acupuntura é um termo derivado do latim: agulha (acus) e puntura (puntura). A terapia considera que em nosso corpo existem aproximadamente 360 acupontos de meridianos e a maioria deles está associado com estruturas do sistema nervoso periférico, feixes periféricos e vasos sanguíneos. A inserção da agulha ativa os receptores dos dendritos dos neurônios sensoriais na pele, músculos e tecidos moles (CHEROBIN; OLIVEIRA; BRISOLA, 2016).

### **Auriculoterapia**

A auriculoterapia termo derivado do latim: orelha (auris), pequena orelha (auricula) e do grego: terapia (terapien). É definida como uma terapia que provoca estímulos em pontos específicos da orelha externa, a qual representa um feto de cabeça para baixo e reflete todos os órgãos do corpo humano. Essa parte do corpo humano é extremamente inervada e possibilita, através de estimulação por agulhas, sementes ou outros materiais, a condução dos sinais elétricos, sensibilizando regiões do cérebro como o tronco cerebral, córtex e outras regiões do encéfalo (CHEROBIN; OLIVEIRA; BRISOLA, 2016).

Quanto a análise e a discussão dos artigos, observou-se que não houve limitações com o número de artigos publicados e encontrados em português e assim, sugerem-se novos estudos exploratórios, para possíveis atualizações sobre os métodos não farmacológicos para o alívio de dor no trabalho de parto.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Após a análise deste estudo, conclui-se que os métodos não farmacológicos para alívio de dor no trabalho de parto vêm crescendo nos últimos anos e são beneficiados na hora do trabalho de parto.

Além do alívio da dor, este método busca também promover o relaxamento das gestantes no período do trabalho de parto, fazendo assim a redução da ansiedade, redução do risco entre exposições dos fármacos de forma desnecessária, criando um aumento do vínculo entre a gestante e o seu companheiro e também o aumento da humanização durante o seu trabalho de parto, que é relacionado aos profissionais, gestante e companheiro.

Diante da análise dos resultados e discussão, é ressaltado sobre a importância de novos estudos de forma exploratória sobre as possíveis atualizações sobre os métodos não farmacológicos para o alívio de dor no trabalho de parto.

## REFERÊNCIAS

- [1] BARBIERI, M. *et al.* Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(5):478-84.
- [2] CHEROBIN, F.; OLIVEIRA, A.R.; BRISOLA, A.M. ACUPUNTURA E AURICULOTERAPIA COMO MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO. *Cogitare Enferm.* 2016 Jul/set; 21(3): 01-08
- [3] COELHO, K.C.; ROCHA, I.M.S.; LIMA, A.L.S. MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR DURANTE TRABALHO DE PARTO. *Revista Recien., São Paulo*, 2017; 7(21):14-21
- [4] DA SILVA, E.C. *et al.* RECURSOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit, Aracaju*, v. 4, n. 1, p. 123-134, maio., 2017.
- [5] DA SILVA, E.F.; STRAPASSON, M.R.; FISCHER, A.C.S. MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR DURANTE TRABALHO DE PARTO E PARTO. *R. Enferm. UFSM* 2011 Mai/Ago;1(2):261-271
- [6] DIAS, E.G. *et al.* EFICIÊNCIA DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO NORMAL. *Enferm. Foco* 2018; 9 (2): 35-39
- [7] E SILVA, D.A.O. *et al.* USO DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO NORMAL: REVISÃO INTEGRATIVA. *Rev enferm UFPE on line., Recife*, 7(esp):4161-70, maio., 2013. DOI: 10.5205/reuol.4134-32743-1-SM-1.0705esp201309.
- [8] E SILVA, L.M. *et al.* Uso da bola suíça no trabalho de parto\*. *Acta Paul Enferm* 2011;24(5):656-62.
- [9] FERNANDES, M. M. J. *et al.* Autoestima de mulheres mastectomizadas - aplicação da escala de Rosenberg. *Rev Rene*, v. 14, n. 1, p. 101-8. 2013.
- [10] FERREIRA, D.B. *et al.* Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. *Rev. Bras. Enferm.* V.64, n.3, Brasília, mai/jun, 2011.
- [11] FURLAN, V.L.A. *et al.* Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama. *Rev. Bras. Cir. Plást*, v.28, n.2, p.264-9, 2013.
- [12] FURLAN, M.C.R. *et al.* Percepção de mulheres submetidas a mastectomia sobre o apoio social. *Cienc.Cuid. Saúde*, v.11, n.1, p.066-073, jan-mar, 2012.
- [13] FRIGO, J. *et al.* A Enfermagem e o cuidado Humanístico na parturição. *Revista UNINGÁ Review*, vol. 15, n.2, pp.05-09, Jul- Set 2013, ISSN online 2178-2571.
- [14] GASPARELO, C. *et al.* Percepção de mulheres sobre a repercussão da mastectomia radical em sua vida pessoal e conjugal. *Cienc.Cuid. Saúde*, v.9, n.3, p.535-542, 2010.
- [15] GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- [16] GOMES, N.S.; SILVA, S.R. Avaliação da auto-estima de mulheres submetidas a cirurgia oncológica mamaria. p. 510, 2013.
- [17] GOMES, N.S.; SOARES, M.B.O.; SILVA, S.R. Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. *REME. Rev. Min. Enferm. Minas Gerais*, v.19, n.2, p.120-126, 2015.
- [18] GAYESKI, M.E.; BRUGGEMANN, O.M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 2010 Out-Dez; 19(4): 774-82.
- [19] HARUM, S.P. *et al.* ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO: EFETIVIDADE SOB A ÓTICA DA PARTURIENTE. *Rev enferm UFPE on line., Recife*, 11(Supl. 8):3303-9, ago., 2017.
- [20] LAGO, L.A. *et al.* Sentimentos de mulheres mastectomizadas acerca da autoimagem e alterações na vida diária. *Ciência&saúde. Teresina, PI.* v.8, n.1, p. 15-18, 2015.
- [21] LÔBO, S.A. *et al.* Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. *Acta Paul Enferm.* São Paulo, v.27, n.6, p.554-559, nov/dez. 2014.
- [22] MAFETONI, R.R.; SHIMO, A.K.K. MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA. *Rev Min Enferm.* 2014 abr/jun; 18(2): 505-512.

- [23] MAJEWSKI, J.M. et al. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 707-716, 2012.
- [24] MEDEIROS, J. et al. Métodos não farmacológicos no alívio da dor de parto: percepção de puérperas. *Rev Espaço para a Saúde*. 2015; 16(2):37-44.
- [25] MOREIRA, K.A.P. et al. Estratégias não farmacológicas utilizadas no parto: uma revisão integrativa. *Revista Diálogos Acadêmicos*, Fortaleza, n. 1, v. 1, Jan./Jun. 2012.
- [26] MOURA, F.M.J.S.P. et al. Os sentimentos das mulheres pós- mastectomizadas. *Esc. Anna Nery*. Rio de Janeiro, v.14, n.3, jul/set, 2010.
- [27] OSÓRIO, S.M.B.; JÚNIOR, L.G.S.; NICOLAU, A.I.O. Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. *Rev Rene*. 2014 jan-fev; 15(1):174-84.
- [28] PEREIRA, S.G. et al. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. *Rev. Bras. Enferm*. Brasília, v.59, n.6, p.791-795, nov-dez. 2006.
- [29] PEREIRA, C.M. et al. O adoecer e o sobreviver ao câncer de mama: avicência da mulher mastectomizada. *Revista de pesquisa cuidado é fundamental online*, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p. 3837-46, abr-jun. 2013.
- [30] SANTOS, D.B.; VIEIRA, E.M. Body image of women with breast cancer: a systematic review of literature. *Ciênc. saúde coletiva*, São Paulo, v.16, n.5, p.2511-2522, 2011
- [31] SANTANA, L. S. et al. Efeito do banho de chuveiro no alívio da dor em parturientes na fase ativa do trabalho de parto. *Rev. dor*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 111-113, June 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rdor/v14n2/en\\_07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rdor/v14n2/en_07.pdf)>. Acesso em: 21 nov. 2018.
- [32] SILVA, M. C. N. Parto natural e parto normal: qual o diferencial? *Revista de Enfermagem do Coren*, São Paulo, v.10, n.81, p. 20- 25, julho, 2009.
- [33] SILVA, M.B.; PESSOA JÚNIOR, J.M.; MIRANDA, F.A.N. trajetória de vida de mulheres mastectomizadas à luz do sujeito coletivo. *Revista de pesquisa cuidado é fundamental online*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.4365-4375, abr-jun. 2016.
- [34] SILVA, G.N.C. et al. O cuidado de enfermagem vivenciado por mulheres mastectomizadas. *HU Revista*, Juiz de Fora, MG, v.39, n.1, p.45-50, jan/jun, 2013.
- [35] SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *einstein*, vol. 8. p. 102-106, 2010. Disponível em: <[http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1\\_p102-106\\_port.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf)> Acesso em: 22 de maio de 2012.
- [36] VIEIRA, C. P., LOPES, M. H. B. M., SHIMO, A. K. K. Sentimentos e experiências na vidas das mulheres com câncer de mama, *Rev Esc Enferm*, USP 2012.

# Capítulo 6

## *Enfermagem e violência obstétrica: Uma revisão integrativa*

*Amanda Gondim Gomes*

*Samara Gomes Matos Girão*

*Raquel Guimarães Tavares Martins*

*Lívia Lopes Custódio*

*Cibelle Regina Barbosa da Silva*

*Maria Liliane Miranda da Costa*

*Ana Beatriz da Silva Ribeiro*

**Resumo:** **Objetivo:** Investigar a percepção da enfermagem obstétrica frente a violência obstétrica. **Método:** Trata-se de um estudo do tipo Revisão Integrativa (RI), meses de julho a setembro de 2018, nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BDNF. Os descritores Enfermagem, Violência Obstétrica, Obstetrícia, Direitos Reprodutivos, de acordo com a terminologia DeCS. Os critérios de inclusão delimitados para a seleção dos estudos foram: artigos produzidos por enfermeiros; que contemplassem o objetivo proposto; indexados nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BDNF; publicados no período de 2006 a 2018; em língua inglesa, portuguesa ou espanhola; e disponíveis eletronicamente na íntegra. Foram excluídos os editoriais, cartas ao editor e artigos de reflexão. Os estudos foram classificados em sete níveis de evidência. **Resultados:** A análise contou com 09 artigos e os dados foram reunidos e completam a caracterização dos estudos e a atuação do enfermeiro no cuidado paliativo identificados em cada artigo. Constatou-se que as principais competências encontradas como a formação dos profissionais da enfermagem; humanização dos profissionais da enfermagem; reconhecimento das práticas de violência obstétrica; um olhar multifocal contra a violência obstétrica; importância do acompanhante e a gestante no parto; ações de suporte emocional a parturientes; caracterização de ações que ocasionam o medo e insegurança a parturiente. **Considerações Finais:** Destarte que o conceito de violência obstétrica é relacionado aos desrespeitos, assédio físico, assédio moral, abuso físico e a negligência entre as equipes de profissionais. Além do mais, podem causar efeitos psicológicos entre as gestantes e futuramente em outras gestações. Esses tipos de violência também por muitas vezes podem ser considerados pela sociedade atual como algo comum do dia a dia.

**Palavras-Chave:** Enfermagem Obstétrica. Direitos Reprodutivos. Assistência ao Parto. Humanização de Assistência ao Parto. Fenômenos Psicológicos.

## 1. INTRODUÇÃO

A maternidade é um marco diferencial na vida de uma mulher. É um período de grandes expectativas. Logo, ter um filho é considerado como um momento importante e singular para a mulher, entretanto, para algumas mulheres, o momento do parto se trata de uma experiência arriscada, interessante e dolorosa, principalmente quando é vivenciada uma violência obstétrica (GALLO et al., 2011).

Entende-se por violência obstétrica qualquer ação promovida pelos profissionais da saúde no que diz respeito ao corpo da mulher, caracterizando-se por uma assistência desumanizada. Portanto, o abuso de ações intervencionistas, medicalização e reversão do processo de parto de natural para patológica correspondem a exemplos de violência obstétrica (TESSER et al., 2015).

Ademais, estudos apontam que uma em cada quatro mulheres sofrem algum tipo de violência obstétrica durante o parto, e por mais que sejam alarmantes os casos, as mulheres não recebem nenhum tipo de assistência, seja ela psicológica ou legal. Infelizmente, a maioria dos casos detectados como violência obstétrica não são divulgados causando descontentamento entre os profissionais. Diante disso, as punições não acontecem, pois, parte das violências ocorridas não são apuradas, seja por subnotificação da instituição hospitalar ou pela falta de informação das mulheres que sofreram algum tipo de violência obstétrica (VENTURI et al., 2010).

É importante apresentar que em média 25% das mulheres que optam por partos normais, sofreram algum tipo de agressão durante o processo de parto, dentre elas: exame de toque de forma dolorosa, ofensas verbais, ausência de informação sobre procedimentos médicos realizados, negativa de atendimento, xingamentos e humilhações, violência física e assédio sexual (FUNDAÇÃO, 2010).

A violência obstétrica engloba qualquer tipo de violência que ocorra durante o período da gestação, do parto e do pós-parto, incluindo a assistência ao aborto. Este é o modelo predominante de assistência no Brasil, ultrapassado, imerso em práticas intervencionistas e instrumentalizadas pelo uso excessivo de tecnologias, interferindo no processo fisiológico do parto e nascimento (DINIZ, 2009; GARCÍA-JORDÁ; DÍAZ-BERNAL; ÁLAMO, 2012; PINHEIRO; BITTAR, 2013).

Em uma definição mais ampla, a violência obstétrica é uma invasão do corpo da gestante em um atendimento que se torna desrespeitoso e com desnecessária intervenção durante o processo da gestação, do trabalho de parto, durante o parto e o pós – parto e até no abortamento, sem seu consentimento e informações durante todo o cuidado da gestante. Essa violência obstétrica pode ser relacionada a recusa de atendimento, agressões verbais e físicas, raspagem de pelos, privação do acompanhante, jejum, episiotomia, separação do bebê saudável e da mãe após o nascimento, entre outros (TESSER et al., 2015).

Não se pode esquecer que a atuação das enfermeiras obstétricas, visa a redução da prática de violências no ambiente obstétrico, durante o período da gestação, parto (tanto vaginal, quanto o cesariano), pós-parto e/ou aborto, possibilitando assim, um cuidado de forma integral e humanizado às mulheres e familiares.

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo de investigar a percepção da enfermagem obstétrica frente a violência obstétrica.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo Revisão Integrativa (RI) da literatura que permite uma construção da análise mais ampla sobre a temática e assim contribuindo nas discussões sobre o método e o resultado da presente pesquisa. A despeito, o presente estudo foi produzido em seis etapas: 1) a formulação da questão norteadora; 2) uma busca de dados e traçado dos critérios de inclusão e os de exclusão; 3) levantamento da amostragem extraída dos artigos selecionados; 4) agrupamento dos estudos selecionados; 5) análise e discussão dos resultados; 6) apresentação da condensação dos conhecimentos extraídos da revisão (SCORSOLINI E SANTOS, 2010).

Foi estabelecido como a identificação do tema principal, a elaboração da seguinte questão norteadora: *Quais percepções a enfermagem obstétrica evidencia diante da violência obstétrica?*

A busca de dados foi realizada no período de junho a setembro de 2018, nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF). Os descritores utilizados para esta revisão foram: “Enfermagem Obstétrica”, “Direitos Reprodutivos”, “Assistência ao Parto”, “Humanização ao Parto” e “Fenômenos Psicológicos”, sendo associados em diferentes formas para garantir seriedade dos dados coletados pelas bases de dados selecionadas.

Dessa forma, obteve-se como critérios de inclusão artigos disponíveis na íntegra e publicados por enfermeiros, no período de 2006 a 2018. No que concerne aos critérios de exclusão, os estudos de monografias, trabalhos de conclusão de curso, dissertações, teses, editoriais, cartas ao editor e artigos que não correspondem com o objetivo da pesquisa.

Tais critérios decorreram a identificação de 394, dos quais foram 157 artigos do LILACS, 143 BDNF, 97 MEDLINE. Após a leitura, foram excluídos 200 artigos nos quais estavam replicados ou por não terem artigos disponíveis em sua totalidade, assim totalizando 194 estudos. Após uma leitura analítica destes estudos, eliminou-se 185 artigos, por não corresponderem os critérios de inclusão determinados, tendo como sequência 09 estudos.

Para caracterizar os estudos selecionados, foi utilizado um instrumento validado e adaptado que classifica o nível de evidência dos artigos em estudo. Deste modo, os tópicos abordados foram: título do artigo, autores, revista, ano de publicação, idioma do artigo, objetivo, tipo de estudo e as características para a prática de enfermagem (HOWICK et al., 2011).

### 3. RESULTADOS

A análise dos resultados contou-se com 09 artigos onde os dados reunidos contemplaram a caracterizados da atuação do enfermeiro obstetra quanto aplicabilidade dos cuidados paliativos. A seguir, serão apresentados quadros referentes a caracterização dos estudos.

Quadro 01 – Distribuição de artigos conforme título, autores, revista, ano e idioma. Fortaleza, 2018.

Nº	Título	Autores	Revista	Ano	Idioma
01	Obstetric violence: integrative review of qualitative research.	BARBOSA, L.C.; FABBRO, M.R.C.; MACHADO, G.P.R.	Avances en Enfermería	2017	Espanhol
02	Violência obstétrica no brasil: Uma revisão narrativa	ZANARDO, G.L.P. et al.	Psicologia & Sociedade	2017	Português
03	Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: Uma revisão integrativa da literatura	SOUZA, A.B. et al.	Rev. Ciênc. Méd	2016	Português
04	Violência: abordagem, atuação e educação em enfermagem	MARTINS, D.C. et al.	Ciências Biológicas e de Saúde Unit	2017	Português
05	Violência no parto: Revisão integrativa	GRADIM, C.V.C. et al.	Rev enferm UFPE on line	2017	Português
06	A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento	RODRIGUES, D.P. et al.	Rev enferm UFPE on line	2018	Português
07	Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica	LEAL, S.Y.P. et al.	Cogitare Enferm.	2018	Português
08	A percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre o cuidado à mulher no trabalho de parto e nascimento: Uma abordagem qualitativa	BICCHIERI, T.; SILVA, L.R.	Esc Anna Nery R Enferm	2006	Português
09	Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à rede cegonha.	RODRIGUES, F.A.C. et al.	Reprodução & Climatério	2017	Português

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

De acordo com o quadro 01, as publicações ocorreram com maior frequência nos anos de 2017 com 55,55% (5 artigos) de artigos encontrados, 2018 com 22,22% (2 artigos), 2016 com 11,11% (1 artigo) e em 2006 com 11,11% (1 artigo). Em relação ao idioma, 88,88% dos artigos foram publicados em português (8 artigos) e 11,11% em espanhol (1 artigo). Em relação às revistas publicadas, 22,22% dos artigos foram publicados na Rev enferm UFPE on line (2 artigos) e nas Revista Avances en Enfermería, Psicología & Sociedade, Rev. Ciênc. Méd., Ciências Biológicas e de Saúde Unit, Cogitare Enferm., Esc Anna Nery R Enferm e Reprodução & Climatério, totalizando 11,11% (1 artigo) dos artigos encontrados.

Quadro 02 - Distribuição dos artigos de acordo com os objetivos, tipos de estudo, níveis de evidência. Fortaleza, 2018.

Nº	Objetivo	Tipo de Estudo	Nível de Evidência
01	Descrever como os fatores intervenientes nas práticas de assistência ao parto interferem na vivência do parto e nascimento.	Qualitativo	VI
02	Realizar uma revisão narrativa de estudos sobre violência obstétrica.	Revisão Narrativa	I
03	Realizar revisão integrativa da literatura sobre os fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional e apresentar as principais evidências encontradas nos artigos selecionados.	Revisão Integrativa	I
04	Avaliar como o tema violência está inserido nos currículos de ensino superior em enfermagem.	Análise Documental	I
05	Identificar a produção científica acerca da violência contra a mulher no parto.	Revisão Integrativa	I
06	Analisar as práticas consideradas violentas na atenção obstétrica.	Revisão Integrativa	I
07	Conhecer a percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica.	Exploratório - Qualitativo	VI
08	Identificar a percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre o cuidado prestado à mulher no trabalho de parto e nascimento.	Descritivo - Qualitativo	V
09	Analisar a violência institucional contra mulheres no processo de parturição em maternidades vinculadas a Rede Cegonha de Fortaleza/Cascavel.	Descritivo - Qualitativo	V

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

De acordo com o quadro 02, no delineamento dos estudos, houve um destaque no nível de evidência I (55,55%) apresentando 5 artigos, em seguida nível de evidência VI (22,22%) apresentando 2 artigos, nível de evidência V (22,22%) apresentando 2 artigos.

Deste modo, há uma predominância em que se enquadra no nível de evidência I, o que se demonstra que houve evidências clínicas muito fortes, tendo em vista que as melhores evidências são provenientes de metanálise/revisões sistemáticas de estudos clínicos controlados e com randomização e de ensaios clínicos bem delineados e randomizados. Logo, percebe-se que há uma necessidade do enfermeiro aumentar seu interesse em produção de conhecimentos nesta temática, para subsidiar uma prática clínica do mesmo.

Quadro 03 – Apresenta a importância dos artigos para a prática e artigos que descrevem essas ações. Fortaleza, 2018.

Importância para a prática	Artigos que descrevem essas ações
Formação dos profissionais da enfermagem	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9.
Humanização dos profissionais da enfermagem	1, 2, 5, 6, 8, 9.
Reconhecimento das práticas de violência obstétrica	1, 2, 5, 6, 7, 8.
Um olhar multifocal contra a violência obstétrica	1, 5, 7, 9.
Importância do acompanhante e a gestante no parto	3, 5, 9.
Ações de suporte emocional a parturientes	1, 5, 9.
Caracterização de ações que ocasionam o medo e insegurança a parturiente	1, 2, 3, 5, 6, 7, 9.

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

Após a análise dos artigos selecionados, foram definidas 07 competências relacionadas a importância para a prática, como: Formação dos profissionais da enfermagem; Humanização dos profissionais da enfermagem; Reconhecimento das práticas de violência obstétrica; Um olhar multifocal contra a violência obstétrica; Importância do acompanhante e a gestante no parto; Ações de suporte emocional a parturientes; Caracterização de ações que ocasionam o medo e insegurança a parturiente.

#### 4. DISCUSSÃO

O parto é marcado por muitas mudanças significativas e não é raro ser visto como um momento crítico, de insegurança, desnecessário e desconhecido para essa família, um momento do qual não se tem controle,

portanto, não é uma experiência neutra. Logo, o medo da dor, do desconhecido e a desinformação sobre a parturição são determinantes socioculturais de grande influência na escolha pelo tipo de parto (BARBOSA; FABBRO; MACHADO, 2017).

No Brasil, entre os anos de 2007 e 2011, os partos hospitalares representaram 98,08% na rede de saúde e, houve um aumento de 46,56% para 53,88% de partos cesáreas. Com isso, a taxa de operação cesariana chega a 56% na população geral, sendo que esses números variam entre o atendimento nos sistemas público e privado de saúde, que apresentam uma ocorrência de aproximadamente 40% e 85% (ZANARDO et al., 2017).

A violência obstétrica engloba qualquer tipo de violência que ocorra durante o período da gestação, do parto e do pós-parto, incluindo a assistência ao aborto. Este é o modelo predominante de assistência no Brasil, ultrapassado, imerso em práticas intervencionistas e instrumentalizadas pelo uso excessivo de tecnologias, interferindo no processo fisiológico do parto e nascimento (BARBOSA; FABBRO; MACHADO, 2017).

O termo violência obstétrica se relaciona ao desrespeito, o assédio moral, assédio físico, o abuso entre profissional ao paciente e a negligência dos profissionais.

No tocante, a violência obstétrica compreende o uso excessivo de medicamentos e intervenções no parto, assim como a realização de práticas consideradas desagradáveis e muitas vezes dolorosas, não baseadas em evidências científicas (ZANARDO et al., 2017).

A violência obstétrica não prejudica apenas a experiência do parto, mas também pode gerar um efeito psicológico para as próximas gerações, pois a vivência no parto será lembrada não só pelo momento singular na vida da mãe e do bebê, mas também pelos atos violentos. Muitas vezes, a lembrança persiste e se torna constante, podendo impedir, inclusive, a possibilidade de relações sexuais e prejudicar o relacionamento conjugal. Além disso, esse tipo de violência tem implicações sobre a morbimortalidade materna e a ocorrência da maioria das mortes maternas durante o parto e o pós-parto. Portanto, além dos danos evidenciados causados às mulheres, também ocorre a intensificação da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, tornando-se necessária a adequação desse sistema para responder às necessidades demandadas pela população (*apud* SOUZA et al., 2016).

A violência obstétrica não é tão conhecida por não ser identificada de forma mais precisa pela falta de conhecimentos das parturientes e assim, acabam deixando esses abusos para trás e podendo assim até sofrer por anos com esse abuso.

Essas práticas de violência só podem ser enfrentadas caso haja o reconhecimento desse fenômeno, a Violência Obstétrica é definida como uma apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (RODRIGUES et al., 2017).

A violência contra a mulher, na maioria das vezes é considerada pela sociedade como algo natural. Comumente, constata-se o estigma social de que as mulheres são ou poderão ser agredidas em algum momento de suas vidas. Na verdade, a violência contra a mulher é identificada no momento em que o corpo sofre marcas físicas (BICCHIERI; SILVA, 2006).

A exposição das parturientes a situações de violência obstétrica gera repercussões de âmbito emocional e psicológico, levando a mulher ao descontentamento diante do parto normal e a desistir de futuras gestações (LEAL et al., 2018).

O descaso e o desrespeito com as gestantes na assistência ao parto, tanto no setor público quanto no setor privado de saúde, têm sido cada vez mais divulgados pela imprensa e pelas redes sociais por meio de relatos de mulheres que se sentiram violentadas (ZANARDO et al., 2017).

É válido destacar que a Política Nacional de Humanização no ano de 2013, que preconiza entre gestores, trabalhadores e usuários a construção de processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto e que, muitas vezes, produz atitudes e práticas desumanizadoras, possa produzir mudanças nos modos de gerir e cuidar. Portanto, humanizar se traduz como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. A prática da humanização na formação de profissionais de saúde é importante para a prevenção e baixa no índice de ocorrências de violência obstétrica, pois possibilita o acolhimento, a escuta da gestante e o protagonismo da mulher no parto (SOUZA et al., 2016).

A humanização no parto visa a resgatar o papel da mulher de protagonista do processo de parir, eliminar o uso de tecnologias, intervenções e práticas desnecessárias, melhorar o relacionamento entre parturiente e profissionais e, sobretudo, garantir um nascimento seguro para o bebê e sua mãe (GRADIM et al., 2017).

Humanizar a relação profissional de saúde-usuário e os serviços de saúde exige profundas transformações da formação e da valorização de novos saberes; aquisição de uma postura mais dialógica da equipe com os usuários; rediscussão do modelo excessivamente biológico da medicina; e adoção de maior responsabilidade política e ideológica dos gestores (SOUZA et al., 2016).

A trajetória profissional permite vivenciar situações desrespeitosas e, muitas vezes, violentas e que existe diferença entre os dois tipos de assistência ao parto: a obstetrícia baseada em evidências, que oferece assistência, apoio e proteção, com o mínimo de intervenções, e o modelo hospitalar tradicional tecnocrático, o que demonstra a necessidade de mudanças no modelo da assistência obstétrica desde a formação dos profissionais em Obstetrícia para a diferenciação da formação médica tradicionalista, fato este que acontece ao longo dos anos. O despreparo, a negligência e a imperícia na prática de profissionais de saúde constituem um cotidiano “comum” nas maternidades (RODRIGUES et al., 2018).

Outrossim, a presença frequente do enfermeiro (a) no processo do cuidar frente às vítimas nos serviços de saúde é um dos fatores que colabora com o aumento do vínculo e interação profissional/usuário. Assim, realizando ações de identificação, prevenção, orientação, assistência às vítimas e notificação do agravo. Neste sentido, a participação dos enfermeiros na identificação de maus tratos contra, principalmente, grupos vulneráveis, tais como idosos, crianças e mulheres, nas diversas instituições de saúde ou nos domicílios, favorece o planejamento de estratégias de superação da violência e a implantação de políticas de saúde pública voltadas a esse propósito (MARTINS et al., 2017).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destarte que o conceito de violência obstétrica é relacionado aos desrespeitos, assédio físico, assédio moral, abuso físico e a negligência entre as equipes de profissionais. Além do mais, podem causar efeitos psicológicos entre as gestantes e futuramente em outras gestações. Esses tipos de violência também por muitas vezes podem ser considerados pela sociedade atual como algo comum do dia a dia.

A humanização na violência se relaciona principalmente no cuidado e respeito durante a gestação e o parto, podendo criar uma relação/ligação entre o profissional de saúde e a gestante junto com a família.

Mas, por muitas das vezes os profissionais se deparam com situações desrespeitosas e até violentas durante a assistência ao parto. Onde é a partir daí que o profissional da enfermagem atua reduzindo na prática de violência no campo obstétrico, onde além do cuidado e por muitas vezes criando um vínculo da relação e interação profissional/usuário.

## REFERÊNCIAS

- [1] BARBOSA, L.C.; FABBRO, M.R.C.; MACHADO, G.P.R. Obstetric violence: integrative review of qualitative research. *av.enferm.* [online]. 2017, vol.35, n.2, pp.190-207. ISSN 0121-4500. <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.59637>.
- [2] BICCHIERI, T.; SILVA, L.R. A PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE O CUIDADO À MULHER NO TRABALHO DE PARTO E NASCIMENTO: UMA ABORDAGEM QUALITATIVA. *Esc Anna Nery R Enferm*, 2006 ago; 10 (2): 258-65.
- [3] DINIZ, S.G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* [periódico na Internet]. 2009; 19(2):313- 326. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822009000200012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200012)>. Acesso em: 11 mai. 18
- [4] FUNDAÇÃO, P. A. Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado. Sesc, 2010. Disponível em: <<http://www.fpabramo.org.br/- sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>. Acesso em 12 mai. 18
- [5] GALLO, R.B.S. et al. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. *Femina*, v.39, n.1, p.41-48, 2011.
- [6] GARCÍA-JORDÁ, D.; DÍAZ-BERNAL, Z.A.; ÁLAMO, M.A. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Ciênc Saúde Coletiva* [revista en Internet]. 2012;17(7):1893-1902. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/29.pdf>>. Acesso em: 11 mai. 18

- [7] GRADIM, C.V.C. et al. VIOLÊNCIA NO PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA. Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(3):1299-308, mar., 2017.
- [8] HOWICK, J. et al. OCEBM Levels of Evidence Working Group. "The Oxford Levels of Evidence 2". Oxford Centre for Evidence-Based Medicine The Oxford 2011 Levels of Evidence. [internet], 2011.
- [9] LEAL, S.Y.P. et al. PERCEPÇÃO DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. Cogitare Enferm. (23)2: e52473, 2018
- [10] MARTINS, D.C. et al. VIOLÊNCIA: ABORDAGEM, ATUAÇÃO E EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM. Ciências Biológicas e de Saúde Unit, v.4, n.2, p.155-68, 2017.
- [11] PINHEIRO, B. C.; BITTAR, C. M. Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. Fractal Rev Psicol [periódico na Internet]. 2013; 25(3):585-602. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/604/915>>. Acesso em: 11 mai. 18
- [12] RODRIGUES, D.P. et al. A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO CONTEXTO DO PARTO E NASCIMENTO. Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(1):236-46, jan., 2018.
- [13] RODRIGUES, F.A.C. et al. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. Reprodução & Climatério, v.32, n.2, p. 78-84, 2017.
- [14] SCORSOLINI-COMIN, F; SANTOS, M. A. The scientific study of happiness and health promotion: an integrative literature review. Revista Latino-americana de Enfermagem, v.18, n.3, p. 472-479, 2010.
- [15] SOUZA, A.B. et al. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. Rev. Ciênc. Méd., Campinas, 25(3):115-128, set./dez., 2016.
- [16] TESSER, C.D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária/: o que é e o que fazer. Rev Bras Med Família Comunidade. 2015;10(35):1-12. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10(35)1013)
- [17] VENTURI, W. et al. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado. 1.ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo e SESC, 2010.
- [18] ZANARDO, G.L.P. et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. Psicologia & Sociedade, 29: e155043; 2017.

Autores

**Amanda Gondim Gomes**

Enfermeira. Pós-graduada em Enfermagem em Terapia Intensiva e em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ). Enfermeira Assistencial em uma Unidade de Pronto Atendimento - UPA, no município de Maracanaú

**Ana Beatriz da Silva Ribeiro**

Bacharel em Serviço Social pela Universidade Anhanguera - UNIDERP. Pós-graduação em Gestão em Gestão do SUAS pela Faculdade de Quixeramobim - UNIQ

**Andreza Kelly Cardoso da Silva Soares**

Enfermeira assistencial na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Itaperi. Enfermeira Especialista em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) Especializanda em Terapia Intensiva pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ)

**Ariane Spat Ruviaro**

Enfermeira graduada pelo Centro Universitário Franciscano (2009), Especialista em Enfermagem Oncológica pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ) - (2019), Pós-graduação em Enfermagem Terapia Intensiva pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ) e Pós em Pediatra e Neo com Qualificação em PICC pela FAMETRO em andamento. Funcionária do ISGH/UPA atuando na área da Urgência e Emergência com Curso de Classificador de Risco Manchester. Enfermeira do Hospital Infantil Albert Sabin atuando na assistência e Coordenação da UTI Oncológica, e na assistência da Unidade Pediátrica Oncohematológica – Centro Pediátrico do Câncer. Enfermeira do Hospital São Camilo Cura D’Ars na área da Emergência, Clínica-Cirúrgica e Obstetrícia(2011-2014).

**Carla Vanessa Pinheiro da Silva**

Graduada em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Docente do curso Técnico de Enfermagem.

**Caroline Dantas dos Santos**

Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará - FAECE. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Católica Nossa Senhora das Vitórias - Grupo Educar Service e Enfermagem em Terapia Intensiva pela Capacitado - UNIQ. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde do adulto e idoso, atuando principalmente nos seguintes temas: classificação de risco, emergência, clínica médica e cirúrgica, oncologia, terapia intensiva e paciente crítico. Atualmente é Enfermeira Assistencial no Hospital Haroldo Juaçaba - ICC, no setor UIC e preceptora de estágio em enfermagem pela Universidade Estácio do Ceará.

**Cibelle Regina Barbosa da Silva**

Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (2004). Pós-graduada em Gestão Social FAMETRO - Faculdade Metropolitana e Educação a Distância e Novas Tecnologias pela Universidade Anhanguera. Atualmente é Assistente Social da Prefeitura Municipal de Pacoti. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social de Planejamento e execução das Políticas Públicas, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde e sus, gestão do SUAS, gestão do Bolsa Família, aperfeiçoamento, planejamento e atribuições do Sistema Único de Assistência Social. Professora da Uniasselvi - Centro Acadêmico Leonardo da Vinci (Curso de Serviço Social), além de coordenar o curso de Pós - Graduação em Gestão do SUAS e Seguridade Social pela UNIQ -Faculdade de Quixeramobim e ser livre docente da instituição.

**Cristiane de Oliveira da Silva**

Enfermeira pelo Centro Universitário da Grande Fortaleza (Unigrande) Especialista em Enfermagem Ginecológica e obstétrica- Faculdade de Quixeramobim-UNIQ. Funcionária do Hospital Geral Doutor César Cals.

**Elayne Cristina Mendes Martins Silva**

Enfermeira graduada pela Unifametro, possui graduação em Gestão de Serviços de saúde pela Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA, Especialista em ginecologia e obstetrícia pela Faculdade de Quixeramobim-UNIQ. Enfermeira coordenadora em enfermagem do Hospital Municipal de Cariré. Docente do curso de técnico em enfermagem pelo Instituto Técnico Sobralense.

**Etevaldo Deves Fernandes Neto**

Bacharel em Fisioterapia pelo Centro Universitário Ateneu. Especialista em Fisioterapia Traumatológica Ortopédica pelo Instituto de Ciência, Educação e Tecnologia de Votuporanga - SP. Pós-graduando em Terapia Intensiva Adulto, Neonato e Pediátrico na Nacionalfisio. Mestrando no Programa de Pós-graduação em Ciências Fisiológicas da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e pesquisador no Laboratório de Biofísica da Respiração na referida instituição.

**Francisca Antonia do Vale Gomes**

Aluna ouvinte do curso de Mestrado em Ciências Médico Cirúrgicas - UFC. Graduação em Enfermagem pela Fametro. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Docente do Curso Técnico de Enfermagem. Docente do Curso Pós-graduação em Saúde Mental da Faculdade de Quixeramobim(UNIQ). Enfermeira no setor de Pediatria do Hospital Municipal Dr. Aberlado Gadelha da Rocha.

**Hélio de Almeida Nobre Junior**

Aluno ouvinte do curso de Mestrado em Ciências Médico Cirúrgicas - UFC. Especialista em Urgência e Emergência - FATENI. Participa do grupo de pesquisa de Gastroenterologia - UFC e da Liga de Gastroenterologia do Curso de Medicina - UFC. Docente de Cursos de Pós-graduação da área da saúde.

**Isabel Maria Nobre Vitorino Kayatt**

Enfermeira. Especialista em Saúde em Educação Profissional na Área de Saúde, em Saúde da Família e em Saúde Pública. Experiente na gestão/coordenação de programas públicos de saúde e assistência de enfermagem na estratégia saúde da família e área hospitalar. Referência técnica e assistencial em Saúde da Mulher. Membro da Comissão e do Comitê de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. Assessora Técnica da Secretaria de Saúde do Ceará na Gestão de Leitos COVID-19 e Central de Regulação de Leitos.

**Islany Pereira de Sousa**

Enfermeira, graduada em enfermagem pelo Centro Universitário Celso Lisboa- Rio de Janeiro. Especialista em Enfermagem Ginecológica e obstétrica- Faculdade de Quixeramobim-UNIQ.

**Ismael Pereira Maciel**

Bacharel em Fisioterapia pela Faculdade Estácio do Ceará. Pós-graduado em Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto pela Faculdade Inspirar. Fisioterapeuta no Hospital São Carlos e Hospital Geral Dr. César Cals.

### **Jaqueline Gomes de Souza Santos**

Enfermeira, Mestre em políticas Públicas e Gestão da Educação Superior pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Especialista em Gestão Universitária pela UFC, graduada em Enfermagem e Obstetrícia pelo centro Universitário Adventista de São Paulo- UNASP. Funcionária pública federal lotada no Hospital Universitário Walter Cantídio. Atuou na preceptoría da residência Integrada Multiprofissional em atenção à saúde da UFC e na supervisão de estágio curricular do curso de graduação em enfermagem da faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem-UFC. Atua na gestão da Unidade de Regulação Assistencial no HUWC/UFC/EBSERH.

### **Livia Lopes Custódio**

Psicóloga. Doutoranda em saúde coletiva pela universidade estadual do Ceará - UECE. Mestre em saúde coletiva pela universidade estadual do Ceará - UECE. Graduada em Psicologia e Pedagogia. Participação ativa no grupo de pesquisa DOCAFS - doenças crônicas em crianças e adolescentes, família, saúde coletiva e enfermagem.

### **Lucélia Fernandes de Almeida Lima**

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Pós – Graduada em Saúde Mental pela Uniq - Faculdade de Quixadá. Mestranda em Ensino Profissional e Tecnológico, pelo Instituto Federal do Ceará ( IFCE). Servidora Pública do IFCE, Campus Maracanaú.

### **Márcia Alves Ferreira**

Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. Especialista em Urgência e Emergência pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI, em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde pela UECE e em Saúde da Família e da Comunidade pela UFPI. Mestre em Gestão em Saúde pra UECE. Enfermeira Assistencial no HUWC.

### **Maria Liliane Miranda da Costa**

Bacharel em Serviço Social pela UECE. Pós-graduação em Gestão Social pela Fametro. Assistente social, servidora efetiva da Preeitura de Palmacia, atua no CRAS de Palmacia como assistente social. Tutora externa do curso de Serviço Social da Uniasselvi. Professora dos cursos de Pós-graduação da UNIQ. Ministra conferências na área de Assistência Social e Gestão Social

### **Marina da Silva Nobre**

Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Estácio do Ceará. Especialização em andamento em Enfermagem obstétrica e saúde da mulher pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Servidora Pública na Secretária Municipal de Saúde de Fortaleza, aprovada na Seleção Publica para atuação na Estratégia de Saúde da Família. Lotada na Unidade Primária de Saúde Evandro Ayres de Moura, nos atendimentos dos programas da Saúde integral da Mulher, Saúde da Criança, Adulto e Idoso, Hipertensão e Diabetes, Tuberculose e Hanseníase. Coordena o programa de Imunização da UAPS Evandro Ayres de Moura. Plantonista na Sala de Parto do Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana. Foi estagiária de enfermagem, do Instituto da Primeira Infância - IPREDE, atuando nos programas de atendimento à crianças e famílias em vulnerabilidade social, e no setor de imunização durante 2016-2018. Enfermeira Voluntária, também do Instituto da Primeira Infância - IPREDE, no período de Janeiro-Março de 2018. Foi membro da comissão organizadora de eventos da Associação para melhoria da Enfermagem, no período de Junho-Novembro de 2016. Membro do Grupo de pesquisa e extensão em aleitamento materno (GRUPAM)/Estácio 2017-2018. Bolsista Voluntária do Programa de Iniciação Científica de Aleitamento Materno do Centro Universitário Estácio do Ceará no período de 2017-2018.

**Michelle Soeiro de Oliveira**

Enfermeira. Doutorada e Mestre em Ciências médico cirúrgicas - UFC. Especialista em Saúde Mental e atenção psicossocial - Uniq. Graduanda em Enfermagem. Editora Chefe da Retep. Professora curso de Pós-graduação na área da saúde!

**Michelline Soeiro de Oliveira**

Enfermeira. Especialista em Saúde Mental e Psicossocial - UNIQ. Coordenadora de Enfermagem do Hospital Gênese - Unidades de Alojamento Conjunto, Sala de Parto, Posto Clínico e Cirúrgico. Professora Docente da Pós Graduação - UNIQ. Membro da RETEP- Revista Tendências da Enfermagem.

**Nastachê Monteiro Monte**

Enfermeira especialista em Enfermagem Obstétrica da faculdade de Quixeramobim. Enfermeira obstétrica do Hospital Municipal de Caucaia.

**Rafaela Aguiar da Silva**

Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade Estácio do Ceará. Pós - graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ).

**Raquel Guimarães Tavares Martins**

Enfermeira. Pós-graduanda em Estomaterapia. Assistência em Home Care. Docente em Cursos Técnicos de Enfermagem. Enfermeira e assessora técnica na Secretaria de Saúde do Ceará na Gestão de Leitos COVID-19 e Central de Regulação de Leitos.

**Roberta Liviane da Silva Picanço**

Enfermeira. Pós-graduada em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade de Quixeramobim (UNIQ). Enfermeira Assistencial. Docente de curso Técnico em Enfermagem.

**Samara Gomes Matos Girão**

Mestre em Saúde da Mulher e da Criança na UFC/ CE, sob a orientação da Prof<sup>ª</sup> Dra. Ana Kelve Damasceno na linha de pesquisa em Saúde da Mulher sob título de Atualização e Validação de um aplicativo durante o pré-natal. Pós-graduada em ENFERMAGEM NEONATAL e PEDIÁTRICA pela FAMETRO e Residência Multiprofissional em Neonatologia pela ESP-CE. Atuou como enfermeira assistencial no Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce (NUTEP-UFC). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Desenvolvimento Infantil, atuando principalmente nos seguintes temas: Autismo (TEA), síndromes, Enfermagem Neonatal e Pediátrica, Saúde da mulher, Saúde da Criança, Prematuridade, Estimulação Precoce, Aleitamento materno, Tecnologias educativas em Saúde, SNC (bolsista CNPQ/ FUNCAP), Etanol, Risperidona.

**Sara Maria Oliveira Bandeira**

Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica e em Estomaterapia. Docente em Cursos Técnicos de Enfermagem. Docente da Pós-graduação da Faculdade de Quixeramobim. Enfermeira Assistencial do Hospital Geral Dr. César Cals.

