



Epidemiologia, Intervenções,  
Casos Clínicos e Políticas de Saúde.

# SAÚDE DA MULHER

EDIÇÃO 4

**ORGANIZADORES**

FLÁVIA CARVALHO PAIVA

GUILHERME BARROSO L. DE FREITAS

  
EDITORA  
**PASTEUR**

**SAÚDE DA MULHER:**  
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos E Políticas de Saúde  
**Edição IV**

**Organizadores**

Flávia Carvalho Paiva  
Guilherme Barroso L. De Freitas



2022

---

2022 by Editora Pasteur  
Copyright © Editora Pasteur

## Editor Chefe:

Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas

## Corpo Editorial:

Dr. Alaercio Aparecido de Oliveira  
(Faculdade INSPIRAR, UNINTER, CEPROMEC e Força Aérea Brasileira)  
Dra. Aldenora Maria Ximenes Rodrigues  
MSc. Bárbara Mendes Paz  
(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)  
Dr. Daniel Brustolin Ludwig  
(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)  
Dr. Durinézio José de Almeida  
(Universidade Estadual de Maringá - PR)  
Dr. Everton Dias D'Andréa  
(University of Arizona/USA)  
Dr. Fábio Solon Tajra  
(Universidade Federal do Piauí - PI)  
Francisco Tiago dos Santos Silva Júnior  
(Universidade Federal do Piauí - PI)  
Dra. Gabriela Dantas Carvalho  
Dr. Geison Eduardo Cambri  
MSc. Guilherme Augusto G. Martins  
(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)

Dr Guilherme Barroso Langoni de Freitas  
(Universidade Federal do Piauí - PI)  
Dra. Hanan Khaled Sleiman  
(Faculdade Guairacá - PR)  
MSc. Juliane Cristina de Almeida  
Paganini  
(Universidade Estadual do Centro-Oeste - PR)  
Dr. Lucas Villas Boas Hoelz  
(FIOCRUZ - RJ)  
MSc. Lyslian Joelma Alves Moreira  
(Faculdade Inspirar - PR)  
Dra. Márcia Astrês Fernandes  
(Universidade Federal do Piauí - PI)  
Dr. Otávio Luiz Gusso Maioli  
(Instituto Federal do Espírito Santo - ES)  
Dr. Paulo Alex Bezerra Sales  
MSc. Raul Sousa Andreza  
MSc. Renan Monteiro do Nascimento

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Editora Pasteur, PR, Brasil)

FR862c FREITAS, Guilherme Barroso Langoni de.  
Saúde da Mulher: Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e  
Políticas de Saúde / Guilherme Barroso Langoni de Freitas -  
Irati: Pasteur, 2022.  
1 livro digital; 127 p.; ed. IV; il.

Modo de acesso: Internet

ISBN 978-65-815-4911-4

<https://doi.org/10.29327/559580>

1. Medicina 2. Saúde da Mulher 3. Ciências da Saúde

I. Título.

CDD 610

CDU 601/618

# PREFÁCIO

A saúde de mulheres e meninas é particularmente preocupante porque, em muitas sociedades, elas são prejudicadas pela discriminação baseada em fatores socioculturais. Temas como, por exemplo, sexualidade, gravidez, depressão e violência doméstica apresentam ainda resistência na abordagem aberta de muitas mulheres. Compreender as principais doenças, abordagens terapêuticas e obstáculos de manutenção da saúde enfrentados pelas mulheres é o caminho para melhorar a qualidade de atendimento e obter melhores desfechos clínicos.

Este projeto de editais de fluxo contínuo sobre o tema Saúde da Mulher espera construir ao longo deste e dos próximos volumes material rico sobre o tema, onde os amantes da área, profissionais, estudantes ou mesmo o cidadão interessado possa obter conhecimento e ampliar a visão sobre esse campo de constantes descobertas. A Editora Pasteur agradece todos os autores que contribuíram para a construção deste livro que tanto nos encantou. Esta é a edição IV da série Saúde da Mulher!

Leiam sem moderação!

**Dr. Guilherme Barroso L. De Freitas**

*Diretor Científico*

# SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b>	
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PUERPERAL NO ALOJAMENTO CONJUNTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA .....	1
<b>CAPÍTULO 2</b>	
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO CONTEXTO DO PARTO E NASCIMENTO .....	9
<b>CAPÍTULO 3</b>	
SAÚDE MATERNO-INFANTIL NA POPULAÇÃO INDÍGENA: UM RECORTE DA IMPORTÂNCIA E DOS DESAFIOS DO PRÉ-NATAL.....	21
<b>CAPÍTULO 4</b>	
A PREVENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA: REVISÃO DE LITERATURA.....	30
<b>CAPÍTULO 5</b>	
PARTO DE EMERGÊNCIA.....	35
<b>CAPÍTULO 6</b>	
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NA MULHER: UM DIAGNÓSTICO INVISÍVEL.....	42
<b>CAPÍTULO 7</b>	
MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA....	49
<b>CAPÍTULO 8</b>	
VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: PANORAMA BRASILEIRO .....	58
<b>CAPÍTULO 9</b>	
SORORIDADE FEMININA CULTIVADA PELO MOVIMENTO FEMINISTA COM ENFOQUE EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	65

# SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 10</b>	
DEFICIÊNCIA NUTRICIONAL DE VITAMINA D, B-12 E IODO EM GESTANTES, CAUSAS, COMPLICAÇÕES E CONSEQUÊNCIAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.....	73
<b>CAPÍTULO 11</b>	
ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA MORTALIDADE POR NEOPLASIAS VULVARES NO BRASIL ENTRE OS ANOS DE 2015 E 2019.....	79
<b>CAPÍTULO 12</b>	
FARMACOLOGIA NA GESTAÇÃO - DA DESCOBERTA AO PARTO.....	87
<b>CAPÍTULO 13</b>	
MIRENA E KYLEENA: UMA REVISÃO COMPARATIVA.....	99
<b>CAPÍTULO 14</b>	
HORMONIOTERAPIA E SEUS DESDOBRAMENTOS NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA.....	105
<b>CAPÍTULO 15</b>	
FATORES SOCIOECONÔMICOS ASSOCIADOS AO TIPO DE PARTO EM GOIÁS.....	113

# CAPÍTULO 1

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PUERPERAL NO ALOJAMENTO CONJUNTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**LÍDIA ROCHA DE OLIVEIRA<sup>1</sup>**  
**JOSÉ ERIVELTON DE SOUZA MACIEL FERREIRA<sup>1</sup>**  
**ALANNA ELCHER ELIAS PEREIRA<sup>1</sup>**  
**ALINE PEREIRA DO NASCIMENTO SILVA<sup>1</sup>**  
**MARIA GILDELLYANA MAIA DE MOURA<sup>1</sup>**  
**KAROLINE GALVÃO PEREIRA PAIVA<sup>1</sup>**  
**MARIA EDUARDA ROCHA LIMA<sup>2</sup>**  
**THAIS NOGUEIRA SILVA<sup>2</sup>**  
**IOHANNA ARAGÃO DE PAIVA<sup>3</sup>**  
**TICIANE GOMES FREIRE<sup>4</sup>**  
**LILIAN BRENA COSTA DE SOUZA<sup>5</sup>**  
**TALITA DA SILVA NOGUEIRA<sup>5</sup>**  
**FRANCISCA GRASLANIA FÉLIX DE SOUZA<sup>5</sup>**  
**KATIA MARIA GOMES BRITO<sup>5</sup>**  
**EYSLER GONÇALVES MAIA BRASIL<sup>6</sup>**

1. Enfermeiro – Mestrando Acadêmico em Enfermagem pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.
2. Enfermeira – graduada pelo Centro Universitário Estácio.
3. Enfermeira – graduada pela Universidade Estadual do Ceará.
4. Enfermeira- Mestre em Enfermagem pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.
5. Enfermeira- graduada pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.
6. Enfermeira- Doutora em Enfermagem- Docente do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

### Palavras-chave

*Alojamento conjunto; Puerpério; Enfermagem*

## INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da mulher e ao recém-nascido (RN) no puerpério imediato, que compreende desde o 1º ao 10º dia após o parto é de extrema importância para a saúde materna e neonatal. Pois, considerando as diversas modificações vivenciadas pela mulher durante o período puerperal, surge a necessidade de que seja prestada uma atenção em saúde mais individualizada e singularizada para essas pacientes, reconhecendo suas particularidades e proporcionando um atendimento humanizado (BRASIL, 2006).

Nesse cenário, o alojamento Conjunto (AC) se insere como um local destinado ao acolhimento materno e ao recém-nascido (RN) sadio, logo após o nascimento. Assim, o binômio mãe/filho permanece unido em regime de tempo integral, por pelo menos 48 horas no AC, até que se obtenha a alta hospitalar, sendo o seu principal objetivo a promoção da integração entre a mãe e o RN, para favorecer a formação de um vínculo afetivo positivo (BRASIL, 2016).

Diante disso, destaca-se a importância da assistência do enfermeiro, no que diz respeito às orientações realizadas às puérperas sobre os cuidados prestados ao RN. Assim, é de grande relevância que durante a prestação de cuidados à saúde do binômio, o profissional de enfermagem utilize a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), utilizando como instrumento metodológico o Processo de Enfermagem (PE) para elencar os cuidados prioritários em saúde maternos e neonatais.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) se configura como uma ferramenta relevante na prestação do cuidado ao paciente, pois possibilita a organização do cuidado quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização

do processo de Enfermagem (PE). Este último, por sua vez, é definido como um instrumento metodológico da SAE, sendo composto por cinco etapas, inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação de enfermagem e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

Assim sendo, o processo de enfermagem pode ser utilizado durante o atendimento à puérpera e ao recém-nascido no alojamento conjunto, no intuito de fundamentar o cuidado de enfermagem e prestar atendimentos direcionados e eficazes a saúde materna e neonatal.

Sabendo disso, este relato de experiência tem por objetivo apresentar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) realizada por meio do processo de enfermagem à puérpera em regime de internação no setor de alojamento conjunto.

## MÉTODO

Estudo caracterizado como descritivo e qualitativo, o qual apresentará o relato de experiência da realização da SAE por meio do processo de enfermagem para uma paciente no período puerperal imediato, internada no alojamento conjunto de uma maternidade de referência em saúde materna do estado do Ceará, Brasil.

Este trabalho foi desenvolvido no período de março de 2019, durante o estágio supervisionado da disciplina de Saúde sexual e reprodutiva do curso de Bacharelado em Enfermagem de uma universidade do estado do Ceará. Para a sua construção e implementação, foram inseridos: acadêmicos de enfermagem e profissionais de enfermagem atuantes no mesmo serviço no período destacado.

Para a obtenção de dados, foi realizada a coleta primária, através de uma consulta de enfermagem com a paciente, sendo composta pela entrevista e o exame físico. A coleta de dados secundária ocorreu por meio do acesso ao prontuário da paciente. Ressalta-se que no momento que antecedeu a coleta, foi realizada a apresentação dos acadêmicos de enfermagem e explicado o intuito do trabalho, sendo solicitado em seguida a sua colaboração. Assim, foi informado que sua identificação seria preservada. Após o aceite para a participação, procedeu-se a coleta de dados propriamente dita, bem como as demais etapas do estudo.

Em sequência ao levantamento do histórico da paciente, foi elaborado o plano assistencial para as respostas humanas identificadas na consulta de enfermagem. Nessa etapa, foram utilizadas as taxonomias de enfermagem de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA Internacional); Intervenções de Enfermagem (NIC) e Resultados de Enfermagem (NOC) (BULECHEK *et al.*, 2010; HERDMAN & KAMITSURU, 2018; MOORHEAD, 2016).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com as etapas do processo de enfermagem, inicialmente procedeu-se a coleta de dados para o histórico clínico de enfermagem da paciente.

Nessa etapa, realizou-se a entrevista e o exame físico da puérpera. Notou-se que a mesma apresentava face corada, sem cloasma gravídico, com sinais de pitíriase versicolor e dermatite seborréica. Foi realizada também a ausculta cardíaca e pulmonar, que evidenciou bulhas normofonéticas e murmúrios vesiculares presentes. As mamas apresentaram-se flácidas, mamilos protusos, com presença de fissura na mama esquerda. A paciente alegou que não estava conseguindo amamentar satisfatori-

amente em decorrência da algia ocasionada pela presença das fissuras. O abdome apresentou-se indolor a palpação, com linha nigra, globo de segurança de Pinard presente e involução uterina abaixo da cicatriz umbilical. Na avaliação da ferida operatória, notou-se que a cicatrização ocorria por primeira intenção, sem sinais flogísticos. Observou-se também a presença de lóquios rubros, sem odor fétido, em pequena quantidade, e edema em membro inferior direito (++) . No momento da entrevista, a paciente relatou que estava aguardando alta e queixava-se de que não estava conseguindo se movimentar sem auxílio, pois sentia desconforto na ferida operatória, estando mais restrita ao leito no período. Quando questionada se apresentava alguma patologia, relatou que sua pressão aumentou durante a gravidez. Realizado teste rápido de HIV e sífilis, ambos negativos.

Nota-se com base nas informações elencadas na entrevista que a paciente apresentava estado geral bom. Destaca-se os achados referentes à presença de lesões mamilares e o fato de a paciente dizer que sentia desconforto na ferida cirúrgica, estando mais restrita ao leito no período.

É relevante destacar que o trauma mamilar é causa comum para o abandono do aleitamento materno, considerando que este pode causar dor e desconforto às puérperas. A literatura estima que entre 80 a 96% das mulheres experimentaram dor em algum grau na primeira semana após o parto. Dentre os fatores associados identificados em estudos, é relevante pontuar a primiparidade, a ausência do companheiro, as mamas em condições túrgidas e ingurgitadas, os mamilos semiprotrusos e/ou malformados e despigmentados, a prensão e posicionamento inadequados do recém-nascido (ABRÃO *et al.*, 2009). Assim, torna-se relevante que o profissional de enfermagem

realize ações educativas no que se refere ao processo do aleitamento materno no intuito de evitar possíveis complicações.

Com relação ao desconforto na ferida operatória, têm sido evidenciados que apesar dos inúmeros avanços científicos e tecnológicos das mais variadas áreas do conhecimento, ainda são apresentados altos índices de infecção puerperal, configurando-se, portanto, como um elevado problema de saúde pública, dado a prevalência elevada no que se refere à morbidade e a letalidade (DUARTE *et al.*, 2014). Portanto, torna-se relevante investigar com bases nos sintomas relatados pela paciente a presença de possível infecção da ferida cirúrgica.

Quanto à outra alteração identificada pelos acadêmicos, que foi o risco do tromboembolismo venoso, manifestado pela restrição ao leite, sabe-se que a gestação e o período pós-parto são fatores que predisõem a ocorrência da tromboembolia venosa (TEV) aguda, que pode ser: trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP). Assim, torna-se relevante desenvolver ações interventivas nesse processo (MENDONÇA *et al.*, 2021).

Através dos dados secundários coletados no prontuário da paciente é relevante destacar que ela passou por um período de peregrinação até conseguir internação para realizar a cirurgia cesariana. Tudo iniciou quando a paciente procurou a emergência obstétrica do hospital, no dia 10 de março de 2019, às 22:45 horas, após sentir dores fortes em baixo ventre. Logo na emergência, foi verificada que sua pressão arterial estava: 169x100mmHg e os batimentos cardíacos: 136bpm. Após a aferição, ela foi diagnosticada com pré-eclâmpsia grave e foi realizada a conduta recomendada: administração de sulfato de magnésio via intravenoso e o agente anti-hipertensivo Hidralazina, essas medicações são apresentadas no **Quadro 1.1**, de acordo com a sua indicação e características farmacológicas. No dia seguinte (11 de março de 2019), após a estabilização do quadro da paciente, ela foi encaminhada ao centro obstétrico para realização de parto cesariano, o qual ocorreu sem intercorrências. No dia 12, ela foi admitida no alojamento conjunto + RN.

Observe no **Quadro 1.1**, a apresentação das medicações utilizadas na gestante, devido o quadro anteparto de pré-eclâmpsia grave, elencadas de acordo com a sua indicação e suas características farmacológicas.

**Quadro 1.1** Medicações prescritas para a gestante, elencadas segundo a sua indicação e forma de ação no organismo

Medicamento	Indicação*	Características farmacológicas*
Sulfato de magnésio	Indicado para o tratamento de hipomagnesemia e para o controle de convulsões causadas por uremia aguda, eclâmpsia e tétano.	O magnésio é um importante co-fator para reações enzimáticas e desempenha um papel importante na transmissão neuroquímica e excitabilidade muscular. A deficiência acentuada de magnésio causa predominantemente sintomas neurológicos, tais como irritabilidade muscular, espasmos musculares e tremores. O magnésio também age periféricamente produzindo vasodilatação. Com baixas doses ocorrem apenas rubor e sudorese, porém, em doses maiores, causam queda da pressão arterial.
Hidralazina	Indicada no tratamento da hipertensão moderada a grave e na Insuficiência cardíaca congestiva crônica, como farmacoterapia suplementar para o uso em combinação com nitratos de ação prolongada na insuficiência cardíaca congestiva crônica moderada a grave em pacientes nos quais as doses ideais da terapia convencional provaram ser insuficientes.	A Hidralazina administrada oralmente é rápida e completamente absorvida no trato gastrointestinal e a absorção é variável de acordo com a capacidade acetiladora do indivíduo. A meia-vida plasmática geralmente varia de 2 a 3 horas, porém em acetiladores rápidos é mais curta, sendo em média de 45 minutos.

**Fonte:** Adaptado de ANVISA, 2021.

Um estudo que teve por objetivo analisar as características maternas e da assistência pré-natal associadas à peregrinação no anteparto entre gestantes de um estado do Nordeste brasileiro, também evidenciou a ocorrência da peregrinação no anteparto por 29,4% das entrevistadas, destas, a maioria buscou atendimento em apenas um serviço antes do atual (87,6%). É relevante destacar que a peregrinação no anteparto apresentou menor frequência entre as mulheres com idade  $\geq 20$  anos, com alta escolaridade, com trabalho remunerado, orientadas durante o pré-natal sobre a maternidade de referência para o parto e que utilizaram o serviço privado para realização do pré-natal ou do parto (MENDES *et al.*, 2019).

Assim ressalta-se a importância do encaminhamento da gestante ao serviço obstétrico ainda durante o pré-natal para evitar situações de peregrinação e proporcionar um cuidado materno mais adequado e direcionado, livre de possíveis complicações. Nesse contexto, o enfermeiro atuante nos estabelecimentos de Atenção Primária à Saúde possui papel significativo na realização dessa orientação de forma eficiente.

Considerando a situação apresentada pela paciente no período anteparto, de pré-eclâmpsia grave, destaca-se que essa patologia se insere nas Síndromes Hipertensivas Gestacionais (SHG), as quais se manifestam por volta da 20ª semana de gestação e são caracterizadas por níveis pressóricos  $\geq 140 \times 90$  mmHg e/ou proteinúria  $> 300$  mg/24horas. Nesse grupo, está a Pré-eclâmpsia (PE), que é caracterizada por desenvolvimento de hipertensão (PA  $\geq 140 \times 90$  mmHg) e/ou proteinúria  $> 300$  mg/24horas. A PE pode ser classificada ainda como leve ou grave, sendo a grave caracterizada por níveis pressóricos  $\geq 160 \times 110$  mmHg, trombocitopenia ( $< 100000/\text{mm}^3$ ), aumento de 2x das enzimas hepáticas, insuficiência renal

progressiva e alterações cerebrais ou visuais (CUNNINGHAM, 2001).

São considerados fatores de risco para desenvolver as SHG: nuliparidade, histórico familiar de hipertensão arterial crônica ou pré-eclâmpsia, diabetes mellitus, gestação múltipla, idade avançada e obesidade (KAHHALE & ZUGAIB, 1995). No que diz respeito ao seu tratamento, este pode ser dividido em 2 cenários: pré-eclâmpsia leve e pré-eclâmpsia. Nos casos de pré-eclâmpsia grave/eclâmpsia, qualquer que seja a idade da gravidez, está indicada a sua interrupção, após estabilização do quadro da paciente com o sulfato de magnésio, para prevenir ou tratar a convulsão, ele só deve ser utilizado se houver decisão para o parto, sendo o tratamento de eleição em todo o mundo. A dose é de 4 a 6 g por via intravenosa (IV), diluída em 100 ml de soro glicosado a 5%, em bolus de 20 min; depois, 1 a 2 g/h, para a manutenção. É fundamental observar alguns parâmetros clínicos que, uma vez ausentes, indicam a suspensão do medicamento, sendo estes: Reflexo tendinoso presente (embora hipoativo); diurese  $> 25$  a 30 ml/h; e frequência respiratória  $\geq 16$  movimentos/minuto. Observados algum desses casos, deve ser realizada a administração de 1 a 2 g de gliconato de cálcio IV (10 ml de solução a 10%), em cerca de 3 min para combater os efeitos tóxicos do sulfato de magnésio. Além do sulfato de magnésio, é importante a administração da hidralazina (anti-hipertensivo de 1ª escolha) para reverter o quadro hipertensivo.

A pré-eclâmpsia é a doença mais importante em Obstetrícia, sendo a maior causa de mortalidade materna e perinatal. Na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no biênio 2011-2012, incidiu em aproximadamente 6,7% das grávidas. Nos Estados Unidos, a incidência da toxemia elevou-se de 25% nas duas últimas décadas, atingindo

cifras de 5 a 10%, em face do aumento da hipertensão, diabetes, obesidade, gravidez gemelar e idade materna avançada (BILDA *et al.*, 2016). Destaca-se que no plano de cuidados da paciente não serão abordados diagnósticos e intervenções de enfermagem voltadas à questão da síndrome hipertensiva gestacional, pois o período acompanhado pelos discentes foi somente o puerperal.

Dessa forma, a partir desses dados elencados na entrevista, procedeu-se a identificação dos diagnósticos de enfermagem prioritários, de acordo com as necessidades da paciente. O **Quadro 1.2** apresenta os principais diagnósticos elencados, de acordo com a taxonomia de Diagnósticos de Enfermagem NANDA-I (HERDMAN & KAMITSURU, 2020).

**Quadro 1.2** Diagnósticos de Enfermagem de acordo com a NANDA-I 2018-2020

Domínios e Classes da NANDA-I	Diagnóstico de enfermagem	Características definidoras	Fatores relacionados
Domínio 2: Nutrição Classe 1: Ingestão	Amamentação Ineficaz	Incapacidade do lactente de aprender a região areolar-mamilar materna corretamente; Mamilos doloridos; Fissuras na aréola mamária.	Ansiedade materna; Dor materna.
Domínio 11: Segurança/proteção Classe 2: Lesão física	Risco de tromboembolismo venoso	-	Mobilidade prejudicada e menos de seis semanas de pós-parto.
Domínio 11: Segurança/proteção Classe 1: Infecção	Risco de infecção no sítio cirúrgico	-	Hipertensão Procedimento invasivo

**Fonte:** Adaptado de Herdman; Kamitsuru, 2018.

Destaca-se que esses três diagnósticos foram selecionados por serem considerados prioritários para o caso clínico da paciente, sendo eles: amamentação ineficaz relacionada à ansiedade e dor materna caracterizada por incapacidade do lactente de apreender a região areolar-mamilar materna corretamente, mamilos doloridos e fissuras na aréola mamária; risco de tromboembolismo venoso relacionado à mobilidade prejudicada e menos de seis semanas de pós-parto; e risco de infecção no sítio cirúrgico relacionado a hipertensão e procedimento invasivo.

Após a identificação dos diagnósticos de enfermagem prioritários, procedeu-se a definição das intervenções de enfermagem, de

acordo com a taxonomia de Intervenções de Enfermagem NIC, conforme apresentado no **Quadro 1.3** (BULECHEK *et al.*, 2010).

Por conseguinte à implementação das intervenções de enfermagem, realizou-se a avaliação de enfermagem, a qual é configurada por um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem (COFEN, 2009).

**Quadro 1.3** Intervenções de enfermagem propostas com o auxílio da Taxonomia NIC

<b>Intervenções de Enfermagem</b>
Realizar atividades educativas sobre técnicas corretas para a amamentação e importância do deambulamento;
Monitorar a capacidade do bebê para sugar;
Observar o bebê ao seio para determinar a posição certa, a deglutição audível e o padrão sucção/deglutição;
Encorajar a mãe a pedir ajuda com as primeiras tentativas à enfermeira, fazendo de oito a 10 mamadas em 24 horas;
Monitorar a capacidade do bebê para agarrar o mamilo com a boca de forma correta (p. ex., “habilidades de pega”);
Orientar a mãe para monitorar a sucção do bebê;
Encorajar a mãe a deixar o bebê mamar durante o tempo que desejar;
Orientar a mãe sobre a posição correta;
Orientar sobre a técnica correta de interrupção da sucção do bebê que mama;
Monitorar a integridade da pele dos mamilos;
Orientar sobre o cuidado dos mamilos, inclusive como evitar sensibilidade exagerada;
Orientar a mãe para manter uma dieta bem equilibrada durante a lactação;
Encorajar o uso de sutiã confortável e de algodão que ofereça apoio, próprio para amamentação;
Fornecer material escrito para reforçar as orientações em casa;
Incentivar a puérpera a realizar pequenas caminhadas no leito e ao receber alta, em casa;
Quando em decúbito dorsal, manter os membros inferiores elevados com auxílio de travesseiros;
Orientar a mãe não passar muito tempo em decúbito dorsal em casa, mas, incentivar o retorno as atividades para acelerar o processo de recuperação,
Orientar acerca dos cuidados com a ferida operatória, mantendo-a limpa e arejada.

**Fonte:** Adaptado de Bulechek; Butcher; Dochterman, 2010.

Todas as orientações programadas nas Intervenções de Enfermagem, com base na taxonomia NIC, foram realizadas no alojamento conjunto, durante a avaliação da paciente. A puérpera demonstrou desejo de melhorar suas condições de saúde, no intuito de ter um processo de aleitamento materno adequado e uma recuperação cirúrgica livre de intercorrências.

## CONCLUSÃO

A partir do relato de experiência apresentado, destaca-se a relevância da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, através da utilização do Processo de Enfermagem, visto que este possui grande relevância na promoção do cuidado direcio-

nado e eficaz para os pacientes, especialmente no que se refere à saúde da mulher, no contexto do trabalho de parto, parto e puerpério.

A utilização da SAE durante o processo de graduação discente favorece positivamente o amadurecimento desses futuros profissionais de enfermagem, possibilitando a produção do conhecimento científico, bem como incentivando a apropriação dessa tecnologia de enfermagem.

Dessa forma, espera-se que futuras pesquisas também possam evidenciar a importância da implementação da SAE por meio do processo de enfermagem nos mais diversos níveis de atenção à saúde e do cuidado ao paciente, desde o processo de formação dos profissionais de enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de vigilância em saúde. Portaria nº 2.068, 21 de outubro de 2016. Brasília, 2016. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068\\_21\\_10\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html). Acesso em: 10 jul. 2021.

ABRÃO, A. C. F. V. *et al.* Dificuldades no processo de aleitamento materno. Barros SMO. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. 2ª ed. São Paulo: Roca, p. 332-70, 2009.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Bulário Eletrônico. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/index.asp](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp). Acesso em: 7 ago. 2021.

BILDA, K. C.R. ; BORNIA, R. G. ; ESTEVES, A. P. V. S. ; CUNHA, A. J. L. A. ; AMIN, J. J. Preeclampsia: prevalence and perinatal repercussions in a University Hospital in Rio de Janeiro. *Pregnancy Hypertension*, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual técnico pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada. 2006.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K. ; DOCHTERMAN, J. M. Classificação das intervenções de enfermagem. Organização Alba Lucia Bottura Leite de Barros. 5. ed. Tradução de Jacqueline Cesar Thompson, Regina Garcez, Soraia Imon de Oliveira e Tatiana Ferreira Robaina. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem; 2009. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html). Acesso em: 01 set. 2020.

CUNNINGHAM, F. G. *et al.* Hypertensive disorders in pregnancy. In: Williams JW, editor. *Williams Obstetrics*. Houston: Mc Graw-Hill; 2001. p. 567-617.

DUARTE, Micheliana Rodrigues *et al.* Atuação do enfermeiro no controle de infecção puerperal: revisão integrativa. *Revista de enfermagem UFPE on line*, p. 433-441, 2014.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. Organização Alba Lucia Bottura Leite de Barros. 11. ed. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto alegre: Artmed, 2018.

KAHHALE S.; ZUGAIB, M. Síndromes hipertensivas na gravidez. São Paulo: Atheneu, 1995.

MENDES, Rosemar Barbosa *et al.* Características maternas e da assistência pré-natal associadas à peregrinação no anteparto. *Revista de Saúde Pública*, v. 53, 2019.

MENDONÇA, Maysa Maria Veiga *et al.* A incidência de tromboembolismo venoso em gestantes e no puerpério e seus fatores de risco. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, v. 30, p. e8125-e8125, 2021.

MOORHEAD, S. *et al.* Classificação dos resultados de enfermagem: mensuração dos resultados em saúde. Organização Alba Lucia Bottura Leite de Barros. 5. ed. Tradução de Alcir Fernandes, Carla Pecegueiro do Amaral e Eliseanne Nopper. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

# CAPÍTULO 2

## VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO CONTEXTO DO PARTO E NASCIMENTO

**LETÍCIA TEIXEIRA E SILVA<sup>1</sup>**  
**RAYLLA KELLY ALBUQUERQUE CARVALHO MORAIS<sup>1</sup>**  
**POLYANA NORBERTA MENDES<sup>2</sup>**

1. Discente - Enfermagem do Centro Universitário Santo Agostinho – UNIFSA.
2. Docente - Enfermagem do Centro Universitário Santo Agostinho – UNIFSA.

**Palavras-chave**

*Violência obstétrica; Mulher; Parto*



## INTRODUÇÃO

O termo “violência obstétrica” é entendido como toda forma de práticas agressivas contra mulheres, sendo ela física, verbal, psicológica ou o uso de procedimentos impróprios e invasivos no momento do parto, pós-parto e puerpério. Observa-se que o corpo da mulher é apto para dar à luz e na maioria das vezes não é necessário o uso de procedimentos como a episiotomia, o uso de ocitocina, a pressão no fundo do útero, negar o direito ao acompanhante, entre outras, quando usadas sem consentimento e conhecimento da mulher, são consideradas também violência obstétrica (OLIVEIRA; ELIAS; OLIVEIRA, 2020).

A violência obstétrica é um problema que impacta a saúde da puérpera devido aos danos causados ao binômio mãe-bebê que em decorrência da extrema emoção daquele momento único e conhecimento limitado, fazem com que as mesmas silenciem o ocorrido. Portanto, é necessário que o enfermeiro obstetra que a acompanha durante o período gravídico aborde e forneça orientação satisfatória sobre os direitos das mulheres, as fases do trabalho de parto, vias de parto, instigando-as assim a exercer sua autonomia e que as mesmas possam argumentar e denunciar situações de desrespeito (SILVA *et al.*, 2018; TEIXEIRA *et al.*, 2020a).

Os estudos evidenciam que as mulheres que tiveram seus filhos em maternidades públicas e privadas brasileiras, 25% já foram submetidas a alguma forma de violência obstétrica, período no qual elas deveriam ser protagonistas e receber atendimentos adequados dos profissionais da saúde. Esse cenário pode ser constatado à medida que se observa a taxa de cesáreas realizadas no Brasil nos últimos anos, a motivação desses procedimentos, além das práticas que o acompanham o que poderia

exemplificar um intervencionismo exagerado (TEIXEIRA *et al.*, 2020b).

Muitas mulheres relatam vivências de parto dolorosas, com ofensas, violência e humilhação, essa realidade é cotidiana e cruel. Dessa forma percebe-se a falta de leis pontuais, que sejam eficazes para proteger e garantir os direitos necessários de uma gestante, sendo também uma grave violação dos direitos humanos e direitos das mulheres. Consideram-se necessárias mudanças nas práticas assistências vigentes, visando reduzir as intervenções desnecessárias e as violações aos direitos das mulheres (ZANARDO *et al.*, 2017).

Torna-se imprescindível o diálogo sobre a violência obstétrica tendo em vista que a humanização da assistência está interligada a um conjunto de mudanças nas práticas obstétricas, humanizar é escutar, prestar uma assistência segura, acolher e principalmente ter empatia, pois o atendimento humanizado integra a construção de um bom relacionamento dentro de um serviço prestado. Identificar fatores associados à ambiência, privacidade, satisfação e respeito à autonomia da mulher é uma forma de indicar os atributos necessários para que a atenção ao parto e nascimento seja ancorada nos direitos dos usuários do sistema de saúde (INAGAKI *et al.*, 2018).

O enfermeiro tem um papel importante quando se trata da realização de boas práticas na assistência prestada, cabe ao mesmo proporcionar um ambiente favorável ao parto, permitir que a mulher escolha as posições de sua preferência, conservar a integridade perineal, evitar uso de fármacos sem indicações, possibilitar o contato pele a pele da mãe com o recém-nascido e incentivar o aleitamento materno. A Consulta de Enfermagem durante o pré-natal é uma ferramenta imprescindível para a interação do enfermeiro e a mulher, a fim de oferecer um ambiente favorável para a

instrução da gestante sobre benefícios do parto para a saúde materno-fetal (OLIVEIRA; ELIAS; OLIVEIRA, 2020).

A assistência na realização do pré-natal é o primeiro passo a ser dado para que haja um parto e nascimento humanizados. É um momento em que a gestante busca ser acolhida desde o início da gravidez até o momento em que passa por processos físicos e emocionais que cada gestante vivencia de forma distinta. A relevância desse estudo está no desafio de questionar sobre a qualidade da assistência prestada dentro do serviço de saúde e sobre a atuação do enfermeiro obstetra.

Diante deste cenário em que se busca um atendimento integral e humanizado para as mulheres em todas as fases do ciclo de vida e com o respaldo do disposto na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, parte-se da questão norteadora: “Quais as evidências científicas sobre a violência obstétrica no contexto do parto e nascimento?”. O objetivo do estudo é descrever as evidências científicas a cerca da violência obstétrica no contexto do parto e nascimento.

## MÉTODO

Trata-se de uma da revisão integrativa da literatura construída conforme protocolo produzido pelos autores, em seis etapas, sendo elas: 1) elaboração da questão de pesquisa; 2) definição das bases de dados e critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5) interpretação dos resultados;

6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES *et al.*, 2008).

Utilizou-se como critérios de inclusão os artigos originais publicados na íntegra nos últimos 10 anos, que estiverem de acordo com a temática, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol. Foram excluídas da pesquisa, publicações cujos títulos e/ou objetivos não possuam ligação direta com a temática e o objetivo de estudo, textos incompletos (resumos), dissertações, teses e/ou monografias, revisões de literatura e aqueles repetidos nas bases de dados.

A construção da pesquisa foi baseada na estratégia PICO, considerada, assim, a seguinte estrutura: P - gestantes; I - violência contra a mulher; Co - parto obstétrico, resultando na questão de pesquisa: Quais as evidências científicas sobre a violência obstétrica no contexto do parto e nascimento?

A coleta de dados aconteceu no mês de julho de 2021, nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS) e Biblioteca Virtual em Salud Enfermeria (BDENF), via Biblioteca Virtual da Saúde (BVS); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), via PubMed; e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL).

A estratégia de busca dos estudos foi composta pela combinação dos descritores controlados e não controlados, por intermédio de operadores booleanos OR e AND (MIRANDA *et al.*, 2021). As expressões de busca estão descritas no **Quadro 2.1**.

**Quadro 2.1** Expressão de busca nas bases de dados para seleção dos estudos primários. Teresina, PI, Brasil, 2021

Base de dados	Expressão de busca	Quantidade de artigos
LILACS, BDEF e IBECS via BVS	((gestantes) OR ("Mulher grávida") OR (parturiente) OR ("Pregnant Women ") OR ("Mujeres Embarazadas")) AND (("Violência contra a mulher") OR ("Violência obstétrica") OR ("Saúde feminina") OR ("Violence Against Women") OR ("Violencia contra la Mujer")) AND (("Parto Obstétrico") OR ("Liberación obstétrica") OR ("Enfermagem obstétrica") OR ("Serviços materno/infantil") OR ("Assistência de Enfermagem") OR ("Delivery, Obstetric") OR ("Parto Obstétrico"))	201
MEDLINE via PubMed	((("Pregnant Women"[MeSH Terms]) AND (Violence[MeSH Terms]) AND ("Delivery, Obstetric"[MeSH Terms]	46
CINAHL	(MH "Expectant Mothers") OR ""Pregnant Women"" AND (MH "Violence") OR "Violence" AND (MH "Delivery, Obstetric") OR ""Delivery, Obstetric""	19

Os estudos encontrados nas bases de dados foram exportados para o *Rayyan* QCRI (<http://rayyan.qcri.org>). A seleção dos artigos foi realizada por dois pesquisadores de forma simultânea e independente. Os artigos duplicados foram excluídos e em sequência realizou-se a leitura do título e resumo para a avaliação da elegibilidade de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Em caso de discordâncias, um terceiro avaliador realizou a seleção. Os artigos inclusos nesta etapa foram lidos na íntegra pelos dois revisores para seleção da amostra final.

A amostra desta revisão foram 9 artigos, acrescidos 2 outros estudos após o processo de busca manual. Para seleção das publicações, seguiram-se as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (MOHER, 2009), conforme apresentado na **Figura 2.1**.

Para extração das informações dos estudos originais foi produzido um instrumento de coleta de dados com as seguintes informações: autor, ano de publicação, base de dados, periódico, país, idioma, tipo de estudo, abordagem metodológica, população, local de realização do estudo, nível de evidência, objetivos e as características da violência.

Análise crítica e síntese dos resultados dos estudos primários foi realizada para garantir a validade da revisão, os estudos selecionados

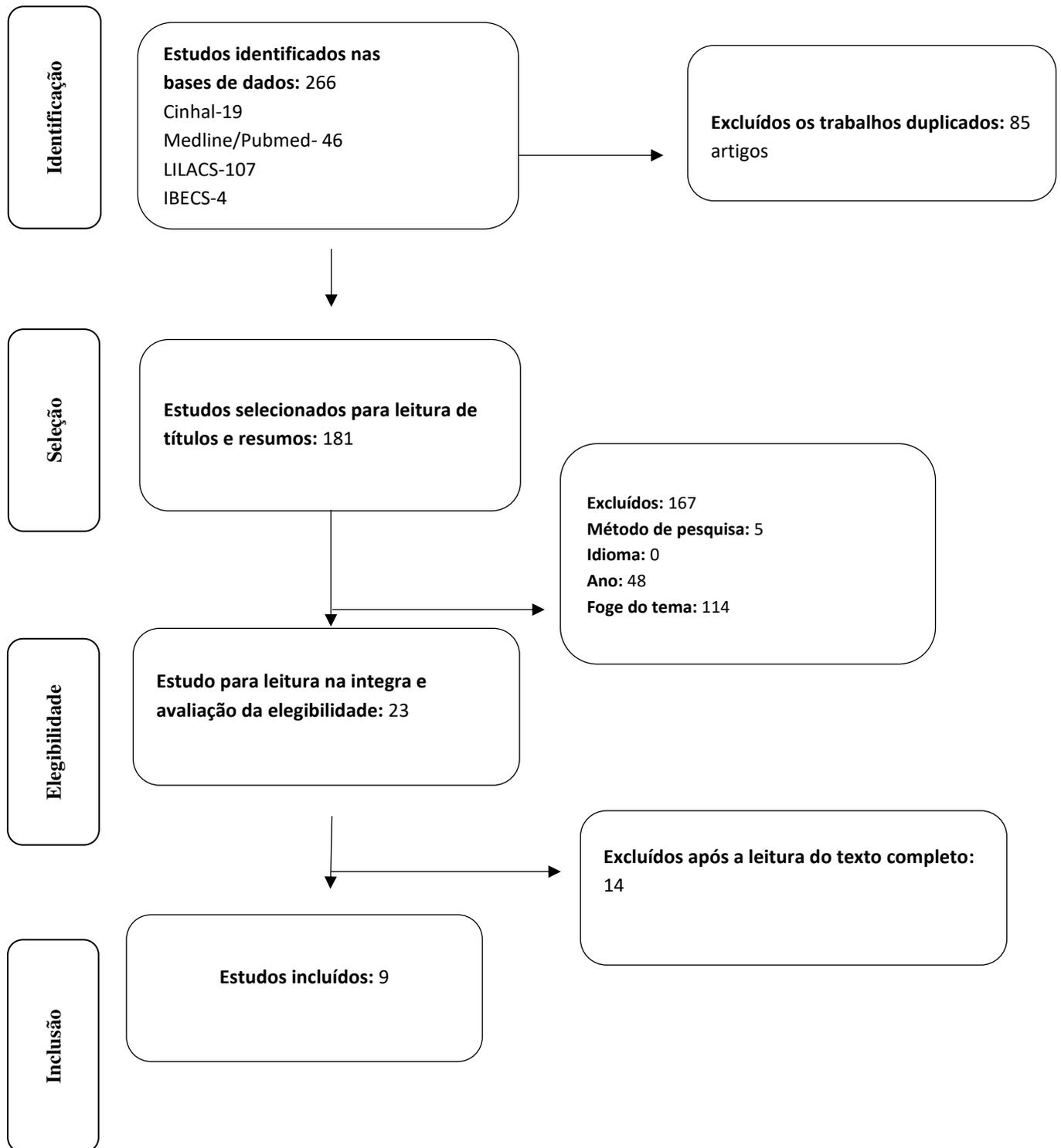
foram analisados detalhadamente, buscando explicações para os resultados diferentes ou discordantes.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados 266 estudos e, após exclusão dos 85 artigos duplicados, restaram 181 para análise: 107 na LILACS, 90 na BDEF, 46 na MEDLINE/PUBMED, 19 na CINAHL e 4 na IBECS. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, nove artigos foram incluídos na amostra. Após busca manual, dois artigos foram adicionados, resultando em onze estudos originais.

Foram incluídos onze artigos, destes, nove são da amostra, sendo quatro (36,4%) identificado na CINAHL, quatro (36,4%) na BDEF, dois (18,1%) na LILACS, um (9,1%) na PUBMED e foram acrescidos dois (18,1%) da busca manual. Os artigos foram publicados em periódicos dez (90,9%) especializados da enfermagem e um (9,1%) em revista temática sobre saúde coletiva. Sendo, cinco (45,4%) publicados na Revista de Enfermagem UFPE, um (9,1%) na Enfermagem em Foco, um (9,1%) na Nursing (São Paulo), um (9,1%) na Revista Enfermagem Brasil, um (9,1%) na Cogitare enferm., um (9,1%) na revista Ciênc. Saúde Colet. e um (9,1%) na Acta Paul. Enferm (Online).

**Figura 2.1** Fluxograma de seleção dos estudos primários. Teresina, PI, Brasil, 2021



O total dos artigos tiveram suas pesquisas desenvolvidas no Brasil e publicados no idioma português (100%). Quanto ao ano de publicação, quatro (36,4%) em dois mil e dezoito, três (27,2%) no ano de dois mil e vinte, um (9,1%) foi publicado em dois mil e quinze, um (9,1%) no ano de dois mil e dezessete, um (9,1%) em dois mil e dezenove, e um (9,1%) em dois mil e vinte e um.

No que se refere ao tipo de estudo, três (27,2%) são do tipo descritivo, três (27,2%) são descritivo-exploratório, um (9,1%) é fenomenológica heideggeriana, um (9,1%) é exploratório, um (9,1%) é exploratório, descritivo e transversal, um (9,1%) é transversal multicêntricos e multimétodos, e um (9,1%) é transversal e descritivo. Com relação à abordagem metodológica, oito (72,7%) qualitativa, dois (18,1%) estudos mistos e um (9,1%) quantitativa. Quanto ao nível de evidência onze (100%) foram IV- estudo descritivo/ não experimental ou abordagem qualitativa.

No que se refere à população investigada, três (27,2%) foram enfermeiros com o total de 46 enfermeiros, três (27,2%) foram mulheres com o total de 585 mulheres, três (27,2%) foram puérperas com o total de 567 puérperas, um (9,1%) foram gestantes com o total de 11 gestantes, e um (9,1%) foram gestantes em trabalho de parto com total de 17 partos. Quanto ao local de realização do estudo, quatro (36,4%) em maternidades, duas (18,1%) na UBS, duas (18,1%) entrevistas domiciliares, dois (18,1%) em centros obstétricos e uma (9,1%) exposição Sentidos do Nascer.

Informações sobre o objetivo dos estudos, principais resultados e conclusão estão descritos no **Quadro 2.2**.

Os estudos foram divididos em três categorias temáticas: Caracterização da violência obstétrica; Conhecimentos e práticas dos profissionais da saúde sobre a violência

obstétrica; Conhecimento das mulheres sobre a violência obstétrica.

Os estudos analisados revelam produções nacionais dos últimos 10 anos que se encontram no idioma português, publicadas em periódicos nacionais, indexados nas bases de dados, o que permite a identificação e compartilhamento das evidências científicas. Sendo assim, as discussões sobre a importância de evidências científicas em ações são imprescindíveis para a prestação de uma assistência com maior grau de qualidade possível. No Brasil, o movimento da PBE ainda é pouco propagado no trabalho da enfermagem e no processo de formação de enfermeiros, por isto torna-se necessária a reflexão sobre o tema e ampliação de sua divulgação junto à comunidade científica (DANKSI *et al.*, 2017).

Os estudos, em sua maioria, são descritivos e exploratórios, de abordagem qualitativa. Desta forma, destaca-se o nível de evidência IV. Nessa perspectiva, torna-se necessário que pesquisadores avancem em investigações que possam demonstrar a relação de causa efeito, com desenhos metodológicos que possibilitem a construção das melhores evidências. As discussões realizadas não foram construídas a partir de um referencial teórico, a enfermagem tem se preocupado cada vez mais com a melhoria na qualidade da assistência prestada, pois o profissional enfermeiro deve reconhecer que na atualidade sua prática necessita ser baseada em conhecimento científico de maneira que o cuidado possibilite a promoção e melhoria da saúde (SILVA *et al.*, 2018). As teorias de enfermagem formam o embasamento científico da profissão e é necessária sua inserção na prática profissional, pois permitem descrever, explicar, diagnosticar e prescrever medidas, apresentando subsídio científico para as ações de enfermagem (LIMA *et al.*, 2017).

**Quadro 2.2** Informações sobre o objetivo dos estudos, principais resultados e conclusão Teresina, PI, Brasil, 2021

<b>Código do artigo</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Resultado</b>	<b>Conclusão</b>
1	Descrever aspectos de violência obstétrica vivenciada durante o trabalho de parto e parto.	A partir da transcrição das entrevistas, foram evidenciadas diferentes formas de violência obstétrica, vivenciadas por meio da comunicação, do cuidado prestado e dos processos de trabalho no atendimento, violação de direitos e violação do corpo feminino.	Fica evidente a necessidade dos profissionais de saúde se conscientizem das mudanças nas rotinas e da garantia de um atendimento livre de situações consideradas violência obstétrica, garantindo a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.
2	Investigar o conhecimento de enfermeiros da atenção primária à saúde acerca da violência obstétrica.	Identificou-se que existe despreparo dos profissionais sobre o assunto para que haja uma boa fonte de informações para gestantes durante o acompanhamento pré-natal.	Torna-se importante incorporar a temática no curso de graduação em Enfermagem.
3	Compreender o significado da violência obstétrica para mulheres.	Foram construídas unidades de significação a partir das falas das depoentes. Sendo elas: Unidade de Significado 1: Ser conhecida por ouvir falar em cursos, palestras, internet, em relatos de pessoas amigas e sofrida por ela mesma; Unidade de Significado 2: Machucar o físico, o psicológico e exercer uma pressão; Unidade de Significado 3: Sentir-se incomodada, sem ter ajuda, sentir-se machucada no parto e não ter atenção.	Evidenciou-se a necessidade de um fortalecimento da consulta de pré-natal proporcionada pelo enfermeiro.
4	Esta pesquisa tem o objetivo de analisar a percepção das puérperas sobre a violência obstétrica durante trabalho de parto e parto.	Das participantes do estudo, a maioria das mulheres desconhecia o que era a violência obstétrica, e mesmo ela sendo vivenciada não era percebida como tal.	Constatou-se que mesmo a violência obstétrica mesmo sendo um tema bastante abordado, existe um grande déficit de conhecimento sobre ela entre as mulheres.
5	Conhecer a percepção de enfermeiros obstetras acerca da violência obstétrica.	As enfermeiras obstétricas percebem que a violência obstétrica se apresenta de diversas e reconhecem que a falta de conhecimento da parturiente é um elemento de vulnerabilização.	O estudo revelou as percepções das enfermeiras sobre a necessidade de estratégias preventivas à ocorrência da violência obstétrica.
6	Investigar as formas de violência obstétrica na assistência prestada ao parto e ao nascimento.	Ao avaliar as formas de violência obstétrica, identificaram-se cuidado indigno e abuso verbal.	A região rural brasileira investigada apresentou variados tipos de violência obstétrica.

7	Incentivar o parto normal para promover a saúde e melhorar a experiência de parir e nascer no País.	Este estudo enfocou o tema da violência obstétrica a partir da percepção sobre a experiência de parto relatado pelas gestantes que visitaram a Exposição Sentidos do Nascer.	Iniciativas como esta podem contribuir para ampliar o conhecimento e a mobilização social sobre as práticas na assistência ao parto e nascimento.
8	Construir o Discurso do Sujeito Coletivo de Enfermeiros pós-graduandos em Enfermagem Obstétrica sobre a violência obstétrica.	Foi possível ratificar a importância da formação do Enfermeiro diante da violência obstétrica.	Observou-se, parcialmente, a importância da formação dos Enfermeiros, visto que possibilitam a contribuição do cuidado integral para reduzir a violência obstétrica.
9	Relatar a violência obstétrica presenciada por alunos de graduação nos setores de pré-parto e centro obstétrico de um hospital público estadual.	Observaram-se situações de violência obstétrica física, psicológica e institucional, repercutindo em agravos à saúde da mulher.	A violência obstétrica ainda ocorre e fere a autonomia das mulheres. Nota-se a insensibilidade dos profissionais durante a assistência ao parto.
10	Identificar fatores associados à humanização da assistência durante o trabalho de parto, parto e nascimento.	Houve associação significativa entre a presença do acompanhante e liberdade para fazer perguntas; baixa escolaridade e menor informação; parto vaginal e desrespeito por parte dos profissionais; mulheres brancas e presença do acompanhante com maior satisfação.	A adequada estrutura física e dimensionamento de pessoal qualificado são necessários para garantir a assistência baseada em evidências, centrada na mulher, visando à garantia dos seus direitos.
11	Caracterizar a violência obstétrica vivenciada pelas mulheres durante o processo parturitivo.	Analisou-se o perfil sociodemográfico das mulheres. Após análise das entrevistas e considerando o objeto de estudo, emergiram duas categorias: Negligência na assistência e Agressão verbal.	A violência foi caracterizada de diversas formas, envolvendo desde a negligência na assistência, a negativa de direitos e de informações esclarecedoras de diagnóstico, até as agressões verbais na hora do parto.

Evidenciou-se que os estudos foram predominantemente publicados em periódicos de enfermagem, tais achados demonstram o olhar crítico da categoria sobre a temática. O público-alvo entrevistado foi composto por enfermeiros (27,2%), mulheres (27,2%) e puérperas (27,2%), no cenário das maternidades. A atuação do enfermeiro se destaca na redução da prática de violência no campo obstétrico, visto sua atuação direta durante as fases clínicas do processo de pré-parto, parto e puerpério, tanto vaginal quanto cesariano, possibilitando às mulheres e aos seus familiares o cuidado integral e humanizado (LEAL *et al.*, 2018).

#### **Caracterização da violência obstétrica**

Os artigos que compõe essa categoria abordam os trabalhos que caracterizam a violência obstétrica, identificando os seus vários tipos e suas manifestações. A violência obstétrica se dá por meio de palavras, violação de direitos e violação do corpo feminino (BEZERRA *et al.*, 2021). As marcas causadas pela violência vão além de uma cicatriz cirúrgica, provocam sentimentos que permeiam a lembrança de um momento de plenitude e realização, violado pela insensibilidade daqueles que deveriam facilitar o processo de assistência integral à mulher (SILVA & AGUIAR, 2020).

Estudos corroboram para o conceito de violência obstétrica relacionada à realização de procedimentos sem o consentimento da gestante em qualquer situação em que não há previsão legal para sustentar a execução da ação de saúde. Tal fato é relevante e reforça a tese de que a supressão da autonomia da mulher na situação de vulnerabilidade do evento do parto predispõe a mais riscos associados. Outro conceito relevante citado pelos autores como definição de violência obstétrica diz respeito ao

intervencionismo sem um resultado efetivo e baseado em questões empíricas (PAULA, 2018).

Considera-se essa violência como um novo campo de estudo no Brasil e no mundo, mas ela sempre esteve presente tornando-se um problema para a sociedade. A violência obstétrica é, portanto, tema de relevância para a política pública de saúde da mulher e da criança no Brasil, assim como para a formação dos profissionais e gestores de saúde, tendo em vista a necessidade de mudança das práticas assistenciais e do sistema de atenção ao parto e nascimento (LANSKY *et al.*, 2019).

A violência na assistência ao processo parturitivo se constitui em um grave problema para a saúde da mulher. Evidencia-se que 25% das mulheres brasileiras já sofreram algum tipo de violência durante o seu trabalho de parto e parto. Essa violência é resultado da própria precariedade do sistema de saúde, que também restringe consideravelmente o acesso aos serviços oferecidos. Logo, é preciso implementar estratégias para aumentar a segurança, um atendimento humanizado, aumentando a satisfação das usuárias, nas maternidades e hospitais, com o intuito de que os atendimentos nesses locais possam ser uma experiência gratificante para as parturientes (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

#### **Conhecimentos e práticas dos profissionais da saúde sobre a violência obstétrica**

Nessa categoria reúnem-se as dificuldades dos profissionais enfermeiros e a institucionalização do parto. A institucionalização do parto consiste no uso de tecnologias durante a assistência diante de situações classificadas como de alto risco à mãe e ao recém-nascido, acarretando na diminuição dos índices de morte materna e neonatal. Todavia, estas práti-

cas passaram a ser vistas como mecanizadas, fragmentadas e desumanizadas pelo excesso de intervenções, cerceando a autonomia feminina no momento do parto, tornando-se, no campo feminista e obstétrico, um evento de caráter violento e violador de direitos (LEAL *et al.*, 2018).

Infere-se, que o parto é um momento único na vida da mulher e os cuidados dos profissionais da saúde devem ser pautados no protagonismo da mulher e na humanização, onde, tornando o momento mais natural e fisiológico possível, necessitando apenas de apoio, atenção, conhecimento e acima de tudo humanização. Portanto, é imperativo incentivar reflexões sobre a importância de construção de novas estratégias de enfrentamento da violência obstétrica pelos profissionais de enfermagem (MATOSO, 2018).

A compreensão por parte dos enfermeiros da atenção primária à saúde acerca da violência obstétrica é frágil, sendo sua abordagem realizada de forma incipiente. Ademais, ainda existe um grande despreparo dos profissionais sobre o assunto. Diante disso, torna-se necessário que o conhecimento acerca da temática deva fazer parte do entendimento diário do enfermeiro (SILVA & AGUIAR, 2020).

Nesse sentido, considera-se que a educação em saúde por meio de ações educativas pode ser importante para contribuir com a troca de saberes entre os profissionais e as mulheres, no esclarecimento de questionamentos, críticas e na promoção da saúde, sendo possível repensar as estratégias de atuação frente à temática desse contexto na Atenção Primária à Saúde (APS), ainda durante a assistência pré-natal (SILVA *et al.*, 2020).

### **Conhecimento das mulheres sobre a violência obstétrica**

Nesta categoria é abordada a falta de conhecimento das mulheres sobre a violência obstétrica, políticas e iniciativas visam buscar um resultado, uma mudança frente à assistência realizada durante o trabalho de parto e parto, priorizando o conhecimento da mulher sobre a temática, cabe ressaltar que muitas mulheres que já sofreram a violência obstétrica buscam alertar outras mulheres, permitindo assim que com o conhecimento as mulheres combatam esse tipo de violência. Mesmo sendo um tema bastante abordado, existe um grande déficit de conhecimento sobre a violência obstétrica entre as mulheres (MARQUES; ARAÚJO, 2018).

Conclui-se que muitas mulheres sofreram violência obstétrica e que as vítimas nem sempre conseguiam reconhecer a violência por acreditarem que os profissionais de saúde detêm o conhecimento e por esse motivo sabem o que deve ou não ser feito durante o processo de parturição, refletindo em aceitação de tudo que é imposto. No que se refere à concepção das participantes sobre a forma de violência sofrida, estas revelaram terem sido submetidas à manobra de Kristeller, ausência de técnicas de alívio da dor, descaso, exames de toques invasivos constantes ou agressivos, episiotomia sem consentimento e privação da liberdade ao acompanhante (NASCIMENTO *et al.*, 2019).

### **CONCLUSÃO**

Conclui-se que as descrições das evidências sobre a violência obstétrica no contexto do parto e nascimento sejam de caráter físico, psicológico, sexual, institucional, midiático e material, desde as práticas do cuidado na assistência obstétrica como episiotomia,

privação de movimento, imposição da posição ginecológica ou litotômica, proibição de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto até toda e qualquer ação ou procedimento que seja realizado sem o consentimento da mulher.

A partir da descrição das evidências sobre a violência obstétrica, constatou-se ser um problema para a sociedade e um tema de grande relevância para a saúde pública, portanto é preciso implementar estratégias para que o cuidado seja humanizado. Em relação

aos profissionais da saúde é necessário um preparo qualificado diante da violência obstétrica, pois há uma necessidade de modificar essa realidade, humanizando a assistência à parturiente, o que inclui mudanças na ambiência e também no trabalho do profissional de saúde, principalmente o enfermeiro. Por fim, o conhecimento das mulheres em relação à violência obstétrica é dado pela falta de conhecimento sobre o termo e o que ele consiste, demonstrando, também, problema da desinformação dos direitos das mulheres.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEZERRA, Juliana da Fonseca *et al.* Assistência à mulher frente à violência sexual e políticas públicas de saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 31, n. 1, 2018.
- DANSKI, Mitzy Tannia Reichembach *et al.* Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro/Importance of evidence-based practice in nurse's work processes. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 16, n. 2, 2017.
- INAGAKI, Ana Dorcas de Melo *et al.* Fatores associados à humanização da assistência em uma maternidade pública. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, Recife, v. 12, n. 7, p. 1879-86, 2018.
- LANSKY, Sônia *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 2811-2824, 2019.
- LEAL, Sarah Yasmin Pinto *et al.* Percepção da enfermeira obstetra acerca da violência obstétrica. *Cogitare Enfermagem*, v. 23, n. 1, 2018.
- LIMA, Juliana Vieira Figueiredo *et al.* Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puérpera: análise crítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 37, 2017.
- MARQUES, Tayná de Paiva Carvalho; ARAÚJO, Carla Luzia França. Percepção das puérperas de parto normal sobre violência obstétrica. *Enfermagem Brasil*, v. 17, n. 6, 2018.
- MATOSO, Leonardo Mendes. O papel do enfermeiro frente à violência obstétrica. *C&D Revista Eletrônica da FAINOR*, v. 11, n. 1, p. 49-65, 2018.
- MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto-enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.
- MIRANDA, Priscilla Ingrid Gomes *et al.* Ações realizadas na atenção primária à saúde às pessoas com transtorno mental: revisão integrativa. *Revista Rene Online*, p. e60496-e60496, 2021.
- MOHER D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine* 2009;6(7):e1000097.
- NASCIMENTO, Samilla Leal do *et al.* Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. *Enfermería Actual de Costa Rica*, n. 37, p. 66-79, 2019.
- OLIVEIRA, Mariana Roma Ribeiro de; ELIAS, Elayne Arantes; OLIVEIRA, Sara Ribeiro de. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. Mulher e parto: Significados da violência obstétrica e a abordagem de enfermagem, São Fidélis – RJ, 2020.
- OLIVEIRA, Tayse Ribeiro de *et al.* Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, p. 40-46, 2017.
- PAULA, Juliana Mascarenhas de. Caracterização da violência obstétrica: revisão de Literatura. 2018.
- SILVA, Maria Eduarda Pacoaloto da *et al.* Rodas de conversa com gestantes como estratégias para promoção à saúde no período pré-natal. *Nursing*, São Paulo, p. 3760-3765, 2020.
- SILVA, Mariana Isidoro; AGUIAR, Ricardo Saraiva. Conhecimento de enfermeiros da atenção primária acerca da violência obstétrica. *Nursing (São Paulo)*, v. 23, n. 271, p. 5013-5024, 2020.
- SILVA, Neylany Raquel Ferreira *et al.* Teorias de enfermagem aplicadas no cuidado a pacientes oncológicos: contribuição para prática clínica do enfermeiro. *Revista uningá*, v. 55, n. 2, p. 59-71, 2018.
- TEIXEIRA, Lara Azevedo *et al.* A violência obstétrica como violação do direito à saúde da mulher: uma revisão narrativa. *Revista de Atenção à Saúde*. 2020; 18(65): 137-144.
- TEIXEIRA, Patrícia da Costa *et al.* *Revista Nursing*. Percepção das parturientes sobre a violência obstétrica: A dor que querem calar, Rio de Janeiro – RJ, 2020.
- ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho *et al.* VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 29, e155043, 2017.

# CAPÍTULO 3

## SAÚDE MATERNO-INFANTIL NA POPULAÇÃO INDÍGENA: UM RECORTE DA IMPORTÂNCIA E DOS DESAFIOS DO PRÉ-NATAL

**BÁRBARA LUIZA DE ARRUDA ARAÚJO<sup>1</sup>**  
**CLARA MELINA ARAUJO TRINDADE<sup>1</sup>**  
**FERNANDA MILAGRES RESENDE CHITARRA<sup>1</sup>**  
**ISABELA PATRÍCIO DE SUZA ERVILHA<sup>1</sup>**  
**ÉVINY KNUPP DA SILVA<sup>1</sup>**  
**JULIA FERNANDES PARENTI DE ALMEIDA<sup>1</sup>**  
**KAREN DUARTE MOREIRA<sup>1</sup>**  
**LUANA LULIO<sup>1</sup>**  
**LUCAS GOMES VIEGAS JUNIOR<sup>1</sup>**  
**MARIA CLARA DE QUEIROZ PEREIRA<sup>1</sup>**  
**NATÁLIA OLIVEIRA IZIDORO<sup>1</sup>**  
**FREDSON GUILHERME GOMES<sup>2</sup>**

1. Discente – Medicina Da Universidade Federal De Juiz De Fora – Campus Governador Valadares
2. Docente – Departamento De Medicina Da Universidade Federal De Juiz De Fora – Campus Governador Valadares

### **Palavras-chave**

*Assistência Pré-Natal; Assistência À Saúde; Saúde Indígena*



## INTRODUÇÃO

A consulta pré-natal consiste em um conjunto de procedimentos relativamente simples, que são responsáveis por evitar a maioria das causas de óbito materno e por possibilitar a identificação precoce de morbidades fetais. Na população indígena a assistência pré-natal é de extrema importância, por se tratar de um povo em situação de maior vulnerabilidade, com elevada fecundidade e uma alta razão de mortalidade materna (RMM). Entretanto, existem poucas informações na literatura a respeito das condições de saúde das mulheres indígenas e não há normas técnicas específicas que orientem a realização do pré-natal em tal segmento populacional (GARNELO *et al.*, 2019).

Segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), de 2008 a 2016 foram observados elevados valores da RMM no grupo das mulheres indígenas, sendo a mais elevada, nesse período, dentre todas as categorias de cor ou raça avaliados no país (exceto o observado para mulheres pretas nos anos de 2011 a 2013). Diante desse cenário, a oferta de assistência pré-natal qualificada e resolutiva pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) tem função prioritária, sendo imprescindível a execução de um acompanhamento regular que analise se há desajustes e necessidades de mudanças nos serviços ofertados, com o objetivo de aperfeiçoar as ações voltadas para a mulher indígena, de acordo com as suas especificidades (GARNELO *et al.*, 2019).

O conhecimento sobre como a assistência pré-natal deve ser prestada a essa população é fundamental, sendo necessários profissionais qualificados e que conheçam as especificidades culturais dos indígenas. Existem diferentes costumes na cultura da população indígena que precisam ser respeitados no pré-natal e é impor-

tante que as mulheres recebam orientações sobre o parto durante as consultas, para evitar sentimentos de insegurança e medo. Desse modo, é essencial a adequação das práticas de assistência ao pré-natal, visando não só evitar riscos de complicações ou mortalidade, como também preservar a cultura de cada etnia (IGANSI, ZATTI, 2018).

Conforme a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), no Brasil existem aproximadamente 800 mil indígenas, distribuídos em 5366 aldeias, pertencentes a 305 povos distintos e que falam mais de 270 línguas diferentes (CORRÊA *et al.*, 2020). O contexto histórico da saúde indígena no país já passou por diversas transições, sendo que no ano de 1910, o Serviço de Proteção do Índio (SPI) era responsável pela atenção à saúde da população indígena. Em 1988, a Constituição brasileira definiu para os povos indígenas os mesmos direitos dos demais cidadãos ao acesso aos serviços de saúde, o que possibilitou que a atenção à saúde indígena tivesse um amparo maior por parte do Estado. Em agosto de 2010, foi criada a SESAI, responsável por executar e coordenar o processo de gestão do SASI em todo o país, sendo de sua competência a proteção, promoção e a recuperação da saúde dos indígenas, de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (IGANSI, ZATTI, 2018).

## DESAFIOS PARA A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

A assistência pré-natal às mulheres indígenas no Brasil apresenta elevada cobertura (90%), entretanto, sua adequação ainda é insatisfatória (BRASIL, 2020; GARNELO *et al.*, 2019). No estudo de GarneLO *et al.* (2019), realizado com dados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos indí-

genas, coletados no Brasil entre o período de 2008 a 2009, a realização de acompanhamento pré-natal (86,6%), bem como os indicadores de adequação do pré-natal especificados pelo Ministério da Saúde (MS) - como início precoce do acompanhamento pré-natal (33,6%) e realização de ao menos seis consultas (40,0%) - corroboram essa perspectiva (GARNELO *et al.*, 2019).

De acordo com a análise descritiva da situação dos indicadores de saúde acompanhados pelo SESAI, apesar de ainda permanecerem baixas, a porcentagem de gestantes indígenas que realizaram ao menos seis consultas de pré-natal aumentou entre os anos de 2015 e 2017 (12,3% vs. 26,4%). A

ampliação no número de consultas é fator primordial na redução de complicações que afetam a díade materno-fetal (BRASIL, 2019). Contudo, a elevação no número de consultas gestacionais apresenta-se como um desafio nessas populações (BRASIL, 2019). Em vista disso, uma das metas previstas no Plano Nacional de Saúde (quadriênio 2020-23) é o alcance da cobertura de ao menos seis consultas pré-natal para 50% das gestantes indígenas (BRASIL, 2020).

A saúde dos povos indígenas do Brasil, atualmente, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é regida pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) que foi criada no ano de 2010 pelo decreto N° 7.336/MS. O SESAI é responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). A execução do SESAI é feita por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) que atuam de acordo com a localização geográfica dos povos indígenas, orientando-se para um espaço etnocultural dinâmico e bem delimitado (BRASIL, 2019; GENIOLE, 2011).

O DSEI é articulado ao SUS para execução do atendimento de Atenção Primária por meio das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), com parâmetros da Estratégia Saúde da Família (ESF), visitando as moradias e os postos de saúde que estão nas aldeias, conforme as especificidades locais e socioculturais das comunidades indígenas de atuação. Ademais, é garantido o atendimento em redes de atenção secundárias e terciárias em saúde, encaminhados pelas Casas de Atenção à Saúde Indígena (CASAI's) que oferecem o suporte intermediário em cidades com referências do SUS, viabilizando o traslado do paciente indígena até uma unidade de referência, estabilizando a referência e contrarreferência entre os sistemas (BRASIL, 2019; GENIOLE, 2011).

O DSEI pode atuar em territórios que ocupem mais de um município ou estado, desenvolvendo o respeito pela cultura e tradições locais em saúde, atuando com ações de atenção primária à saúde indígena, saneamento básico, logística de transporte, comunicação e gestão de insumos e medicamentos em articulação da SESAI com o SUS. Ademais, a SESAI possui colegiados que são responsáveis pela formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde, com participação indígena, sempre fiscalizando e propondo novas medidas de fortalecimento do sistema de saúde nas comunidades, por meio dos Conselhos de Saúde Indígena Local e Nacional (BRASIL, 2019). Os serviços de saúde são prestados por intermédio das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) que possuem seus Agentes Indígenas de Saúde (AIS), responsáveis pela mediação e interlocução entre os profissionais e a comunidade indígena, além de prestarem serviços de atenção primária à saúde, nos quais está inclusa a realização do acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2019). Esse cuidado pré-natal é pautado na interculturalidade, levando

em conta a troca de saberes entre os profissionais de saúde da equipe, parteiras e autoridades ou representantes indígenas (BRASIL, 2019).

As consultas de pré-natal da mulher indígena, realizadas pelas EMSI, são responsáveis pela avaliação da saúde da mulher, do desenvolvimento materno-fetal, pela identificação de riscos gestacionais e pela promoção de uma gestação e parto seguros. Associados a este acompanhamento pré-natal, coexistem as práticas de medicina tradicionais indígenas e o auxílio dos AIS, os quais, além de promover a articulação entre os diferentes cuidados, são responsáveis por informar à equipe sobre alterações relatadas ou percebidas durante a gestação e o puerpério; realização da visita nas primeiras semanas após o parto, sempre respeitando o resguardo da família; promover estímulo ao aleitamento materno e aos cuidados com o recém-nascido, como limpeza do coto umbilical, importância da vacinação, necessidade de continuar com as consultas de acompanhamento no primeiro ano de vida do bebê e manter a Caderneta de Saúde da Criança atualizada, promovendo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento por toda a equipe (BRASIL, 2021). De acordo com dados coletados durante o período de 2014 a 2018 nos formulários de atendimento da EMSI, foram realizados aproximadamente 15 milhões de atendimentos relativos a cuidados de atenção primária nos territórios de abrangência dos 34 DSEI (BRASIL, 2019). Apesar do número expressivo, muitos fatores dificultam a ampliação dessa oferta (BRASIL, 2019; GARNELO *et al.*, 2019; FREIRE, 2016).

Dentre os fatores dificultadores do atendimento integral em saúde para as populações indígenas, estão a dispersão territorial e a dificuldade de acesso às comunidades. A fim de reduzir tais problemas, são realizadas ações pontuais e complementares em atenção média

e especializada nos territórios indígenas, por meio do Programa SESAI em Ação, com presença de voluntários de diversas áreas da saúde, como odontologia, ginecologia, ortopedia, dentre outros (BRASIL, 2019).

As iniquidades regionais também influenciam no acesso ao cuidado durante a gestação, principalmente quando se leva em conta as diferenças socioeconômicas de cada região (GARNELO *et al.*, 2019). No estudo de GarneLO *et al* (2019), as gestantes indígenas da região Sul/Sudeste apresentaram maior adesão ao pré-natal, quando comparadas às gestantes indígenas do Norte (98,5% vs. 77,3%). Fato explicado, em grande parte, pelo acesso mais facilitado aos serviços de saúde para indígenas que residem em áreas urbanas em comparação àquelas que residem em áreas afastadas de hospitais e maternidades.

Outro fator importante é a escassa presença de profissionais de saúde nos territórios indígenas. Diversas comunidades não possuíam assistência médica de maneira contínua, ampla e qualificada, visto a dificuldade de permanência do profissional nas comunidades. A implementação do Programa Mais Médicos, em 2013, foi um fator de auxílio para a mudança desse panorama: atualmente, 68% dos médicos atuantes na saúde indígena são provenientes do programa (BRASIL, 2019).

Ainda, deve-se levar em conta a participação de profissionais de saúde indígenas durante os atendimentos (BRASIL, 2019; FREIRE, 2016). Na pesquisa de Freire (2016), as mães indígenas participantes que não participaram das consultas de acompanhamento pré-natal e do puerpério relataram não tê-lo feito pela ausência de um atendimento humanizado e respeitoso para com elas. Para suprimir parte dessas necessidades é imperativa a utilização de estratégias para educação em saúde indígena voltadas para os profissionais que atuam nas comunidades

(FREIRE, 2016), bem como a inclusão de profissionais de saúde indígenas para, além de incitar o compartilhamento de saberes interculturais e mediar o atendimento de acordo com as concepções culturais de cada população, elevar a promoção de atendimentos, auxiliando na atenção à saúde de modo participativo e diferenciado (BRASIL, 2019).

A gestação, o parto e o nascimento são vivências que permeiam experiências fisiológicas, sexuais, familiares, culturais e sociais próprias a cada população, sendo parte importante dos determinantes étnicos e culturais que influenciam nas diferenças entre cada povo (BRASIL, 2019). Portanto, a equipe de saúde atuante na comunidade deve conhecer e compreender os significados da gestação para cada mulher e sua família (FREIRE, 2016).

A gestação é caracterizada pela cultura indígena como algo extremamente positivo, com características sobrenaturais, refletindo a ação dos deuses sobre a mulher. Com isso, há uma alta taxa de natalidade entre os povos indígenas com forte valorização de famílias com muitos membros, vida reprodutiva iniciada cedo - em torno dos 13 ou 14 anos - quando comparada às populações ocidentais e com intervalo curto entre os partos. A identidade coletiva e os aspectos religiosos e culturais dos grupos indígenas orientam diversos padrões no que diz respeito à sexualidade das mulheres, casamentos, gravidez, tempo de intervalo entre as gestações, planejamento familiar, aborto e menopausa (IGANSI, ZATTI, 2018).

Durante o período pré-natal das mulheres indígenas há aspectos culturais que precisam ser respeitados pelos profissionais da saúde (BRASIL, 2019; FREIRE, 2016; LOPES;

ADRIANO, 2018). Dentre as diversas especificidades culturais, podemos citar fatos como o de que as gestantes não podem sofrer fortes emoções, como sustos, tristezas, raiva,

inveja; não devem possuir relacionamentos extraconjugais; não podem assumir a responsabilidade familiar, sendo exclusiva do homem nesse período. A alimentação também deve ser adequada e respeitar alguns costumes, evitando alimentos industrializados; carne de quati, devido ao risco de parasitoses; carne de tatu, pois segundo a crença indígena, por ter o casco, a criança pode prender-se no útero da mãe durante o parto; não consumir polpa do coco, para que não impeça o nascimento do bebê, e há o incentivo ao consumo de proteína de animais caçados, como a onça (IGANSI, ZATTI, 2018).

Em vista das amplas concepções culturais acerca dos cuidados pré, peri e pós-natal, os atendimentos em saúde materno-fetal devem sempre levar em conta a etnia e a cultura aos quais estão inseridos, assim como, respeitar as especificidades de cada mulher, sempre em busca da promoção de uma assistência individual, humanizada, integral e respeitosa (FREIRE, 2019; IGANSI, ZATTI, 2018). Para tal, a promoção de políticas públicas que promovam educação continuada sobre os aspectos étnicos e sociais para a equipe multidisciplinar atuante e a implementação de disciplinas nos cursos da área da saúde que cursem sobre as especificidades culturais de cada população, são ações necessárias para que haja a construção de uma oferta de atendimentos em saúde participativos e resolutivos (FREIRE, 2016).

## **MORBIMORTALIDADE MATERNO-INFANTIL INDÍGENA**

Apesar da grande importância da criação e mensuração de indicadores de saúde voltados a grupos populacionais específicos (a fim de diminuir as desigualdades sociais e em saúde), no Brasil ainda são escassos os estudos representativos sobre a mortalidade adulta ou geral ao se tratar da população indígena (LIMA *et al.*,

2020; CAMPOS *et al.*, 2017).

De acordo com Lima *et al* (2020), entre os anos 2000 e 2016 houveram 47.806 óbitos indígenas no Brasil. Pelo Censo do Instituto Brasileiro (IBGE) de 2010 constatou-se que os domicílios classificados como indígenas apresentaram uma maior porcentagem de óbitos (2,19%) quando comparados aos não indígenas (1,77%). Adicionalmente, outros dados divulgados pelo IBGE demonstram que há diferenças consideráveis ao analisar a probabilidade de morte entre a população indígena e não indígena em todas as faixas etárias. Essa diferença é ainda maior para as mulheres, sendo que para aquelas entre 15 e 59 anos de idade a taxa específica de mortalidade por 1000 habitantes para mulheres indígenas é de 147,0 e de 114,8 para as não-indígenas (CAMPOS *et al.*, 2017).

No que tange à saúde reprodutiva das mulheres indígenas, apesar de os estudos se aterem a etnias específicas, essa população se encontra em situação de maior vulnerabilidade, já que são elevadas a fecundidade e a razão de mortalidade materna (RMM). Em determinados povos indígenas, encontra-se a Taxa de Fecundidade Total acima de 5-6 filhos, o que frente ao valor dessa taxa em mulheres dos demais grupos populacionais no Brasil (1,87 em 2010) é bastante elevada. Esse cenário pode ser associado ao contexto sociocultural no qual as mulheres indígenas estão inseridas, com início da vida reprodutiva em faixa etária mais jovem, menores intervalos de tempo entre as gestações e o desejo de famílias numerosas (ESTIMA, 2015).

É necessário destacar ainda que as barreiras culturais e as dificuldades de acesso ao pré-natal pelas mulheres indígenas refletem-se nos elevados números de óbitos por causas obstétricas. Os dados sobre a mortalidade materna indígena que estão disponibilizados no

Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), de 2008 a 2016, apresentam elevados valores da RMM, sendo estes: 118,8, 127,9 e 112,8/100 mil nascidos vivos em 2008-2010, 2011-2013 e 2014-2016 (respectivamente), de maneira que nos triênios analisados (com exceção da análise de mulheres pretas em 2011-2013) a RMM de mulheres indígenas foi a maior dentre as classificações de cor/raça analisadas (GARNELO *et al.*, 2019). Nesse contexto, destaca-se que as principais causas de óbitos maternos nas mulheres indígenas, no Brasil, em 2012, foram: hemorragias (17,4%), transtornos hipertensivos (13,0%), infecções puerperais (13,0%) e aborto (4,3%) (BRASIL, 2015).

Em estudos restritos a determinados estados também são apresentados valores elevados de mortes maternas e de mulheres em idade reprodutiva na população indígena. No estado de Pernambuco, no período de 2006 a 2012, 8,7% dos óbitos foram provenientes de causas maternas, por complicações durante a gravidez, parto e puerpério. Tal valor representa elevada proporção de óbitos maternos na população indígena quando comparada à população geral (ESTIMA & ALVES, 2019). Em estudo que analisou a mortalidade materna na população geral e indígena no Pará (SANTOS *et al.*, 2017) verificou-se em 2012 e 2013 os maiores índices de mortalidade materna indígena, com RMM de 249,0 e 248,8 por 100 mil nascidos vivos (NV), respectivamente. Em contraposição, na população não indígena a RMM foi de 61,9 por 100 mil NV, em 2012, e de 80,4 por 100 mil NV, em 2013. Ainda, dentre as mortes maternas indígenas constatadas no estudo, todas ocorreram por causa obstétrica direta, ou seja, conseqüentes de complicações na gestação, parto e/ou puerpério (SANTOS *et al.*, 2017; ESTIMA, 2015).

Esse contexto demonstra a permanência de importantes entraves, advindos de assistência pré-natal inadequada, que impossibilitam a

redução da RMM entre a população indígena sendo fundamental rever e adaptar os modelos de assistência à saúde materna e infantil para atender as necessidades em saúde desse grupo populacional. Nesse sentido, ressalta-se que mesmo que seja preconizado que a implementação da atenção pré-natal para as mulheres indígenas pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e o SASI possua a função de desenvolver atividades nos territórios indígenas que sejam compatíveis com a cultura local, na literatura e nos âmbitos legais não existem normas técnicas específicas que orientem a respeito da realização do pré-natal nos povos indígenas. Devido a isso, as diretrizes gerais adotadas para o cuidado com a gravidez das mulheres indígenas brasileiras não fazem distinção das etnias (GARNELO *et al.*, 2019), o que também pode ser um fator dificultador para prestação de atenção pré-natal adequada e efetiva a essas mulheres.

Outro importante fator que impacta a saúde materno-infantil é o estado nutricional e o adequado ganho de peso gestacional. Sabe-se que o baixo peso materno está associado a interferências no crescimento intrauterino fetal e à maior mortalidade perinatal, enquanto o excesso de ganho de peso da díade materno-fetal está associado ao maior risco de diabetes gestacional e consequentes dificuldades no parto (CAMPOS & PALANCH, 2017). Destaca-se que entre 2015 e 2017 houve redução do percentual de baixo peso entre gestantes indígenas, de forma que, em 2017, 18,1% das gestantes acompanhadas no SasiSUS possuíam baixo peso de acordo com o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) (BRASIL, 2019). Apesar de estes dados remeterem a uma melhoria na assistência prestada, verificou-se, no mesmo período, aumento do excesso de peso (em 17,8%) entre as gestantes indígenas (BRASIL, 2019).

Diante desse cenário, torna-se fundamental ressaltar que as elevadas taxas de morbimortalidade materna dos povos indígenas também estão relacionadas, por consequência, com o alto número de óbitos infantis, já que as dificuldades de acesso e a precariedade de determinados serviços de saúde se estendem às crianças. Mesmo com redução da mortalidade infantil no Brasil entre 2000 a 2015 (cujas taxas passaram de 29,7/1.000 nascidos vivos para 13,8/1.000 nascidos vivos, respectivamente), esse padrão de alteração não foi uniforme entre os territórios e os grupos populacionais, sendo possível observar grandes divergências quando se compara as taxas entre crianças indígenas e não indígenas (CORRÊA *et al.*, 2020).

Em relação às taxas de mortalidade em crianças menores de cinco anos, no ano de 2000, as mortes nessa faixa etária representaram 8,39% do total dos brasileiros não indígenas e 23,4% dos indígenas. Ao passo que, no ano de 2016, o total foi de 3,25% dos não indígenas e 24,6% dos indígenas. Dessa forma, evidencia-se a maior probabilidade de morte entre crianças indígenas do que os demais grupos populacionais brasileiros (LIMA *et al.*, 2020).

Esse fato é reforçado pelos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que apontam a taxa de mortalidade infantil dentre os indígenas como superior aos demais segmentos populacionais em todas as regiões brasileiras. Em 2010, foram registrados 23,0 óbitos/1.000 nascidos vivos entre a população indígena do Brasil, ao passo que nos não indígenas a taxa foi de 15,6/1000 (CORRÊA *et al.*, 2020).

Diferentes estudos (CALDAS *et al.*, 2017; CAMPOS *et al.*, 2017; BORGES *et al.*, 2017; RAUPP *et al.*, 2017; SÍRIO *et al.*, 2015)

evidenciaram que existem desigualdades importantes em relação aos desfechos de mortalidade infantil e geral, sendo que há maior

precariedade da situação de saúde dos povos indígenas quando comparada às demais populações. Nesse sentido, aos indígenas são atribuídos os piores indicadores, como: deficiências nutricionais, maior morbidade por doenças transmissíveis, menor expectativa de vida ao nascer e elevadas taxas de mortalidade. Tais iniquidades sociais e elevados índices de adoecimento e mortalidade atingem os indígenas de diversos países, o que reforça a importância do conhecimento dos dados sobre a mortalidade infantil, suas causas e as possíveis associações existentes (CORRÊA *et al.*, 2020).

Destaca-se ainda que a maioria das mortes infantis são decorrentes de causas preveníveis, como: doenças parasitárias, doenças infecciosas e infecções respiratórias agudas. Ao tratar-se de crianças indígenas com menos de 5 anos, as principais causas dos óbitos são: 23,7% por afecções do período perinatal; 18,5% pelas doenças infecciosas e parasitárias; 17% por doenças respiratórias (LIMA *et al.*, 2020). Tal cenário evidencia as dificuldades socioeconômicas às quais a população indígena está exposta, como também a baixa qualidade das ações de puericultura e da assistência pré-natal nas aldeias (CORRÊA *et al.*, 2020). Em relação à distribuição da mortalidade infantil indígena por faixa etária, de acordo com os óbitos investigados no SIASI entre 2013 a 2016, verifica-se que: 35,9% (n=1.624) dos óbitos ocorreram no período neonatal precoce (zero a seis dias de vida); 10,1% (n=457) no neonatal tardio (de sete dias a menos de 28 dias); e cerca de 54% (n=2.433) no pós-neonatal (28 dias a menores de um ano) (BRASIL, 2019).

Ainda analisando do mesmo período, ao tratar-se dos óbitos que poderiam ter sido evitados (56,2% dos 3.395 óbitos registrados), 64,1% (n=873) dos ocorridos em menores de um ano foram classificados como evitáveis.

Destes, 21,6% (n=294) foram por causas “reduzíveis por ações de diagnóstico e tratamento adequado” e 17,1% (n=233) por causas “reduzíveis por ações de promoção à saúde vinculadas às ações adequadas de atenção à saúde” (BRASIL, 2019).

Já na faixa etária de um a quatro anos, 62,5% (n=342) dos óbitos foram classificados como evitáveis. Deste total, 27,8% (n=152) foram por causas “reduzíveis por ações de diagnóstico e tratamento adequado” e 33,5% (n=183) por causas “reduzíveis por ações de promoção à saúde vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde”, como as gastroenterites e doenças diarreicas (BRASIL, 2019).

## CONCLUSÃO

Diante dos dados apresentados, fica clara a necessidade de mudança da realidade exposta. Para tanto, é necessária a construção de um sólido conhecimento sobre como a atenção pré-natal deve ser ofertada à população indígena. A fim de mudar os agravos aqui expostos, requer-se também a implantação e implementação de políticas públicas eficazes nos territórios indígenas. Tais políticas devem estar fundamentadas nas especificidades culturais e na cosmologia ameríndia, possibilitando a melhoria da qualidade de vida nas aldeias e facilitando o acesso aos serviços de saúde disponíveis (CORRÊA *et al.*, 2020). Com isso, reforça-se a necessidade de discussões como esta aqui promovida para embasar e ampliar as estratégias de prevenção de doenças e promoção de saúde no âmbito da população indígena, gerando assim, como resultado final, a garantia de direitos e qualidade de vida para estes brasileiros já tão negligenciados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BORGES, M.F.S.O; SILVA, I.F; KOIFMAN, R.J. Morbidade hospitalar em populações indígenas do Brasil. REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 9, n. 4, 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Agentes indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN). Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Indicadores de Vigilância em Saúde analisados segundo a variável raça/cor. Brasília: Ministério da Saúde, v. 46, n. 10, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Saúde indígena: um direito constitucional. Brasília; Ministério da Saúde, 2020.
- CALDAS, A.D.R. *et al.* Mortalidade infantil segundo cor ou raça com base no Censo Demográfico de 2010 e nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, n. 7, 2017.
- CAMPOS, C.B.S; PALANCH, A.C. Nutrição materna e programação fetal: o papel dos hábitos alimentares no desenvolvimento embrionário e pós-natal. Saúde Rev, v. 17, n. 45, p. 49-59, 2017.
- CAMPOS, M.B. *et al.* Diferenciais de mortalidade entre indígenas e não indígenas no Brasil com base no Censo Demográfico de 2010. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, n. 5, 2017.
- CORRÊA, P.K.V. *et al.* Mortalidade Infantil Indígena: Evidências sobre o tema. Cogitare Enfermagem, v. 25, 2020.
- ESTIMA, N.M. Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil e Materna na População Indígena do Estado de Pernambuco [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2015.
- ESTIMA, N.M; ALVES, S.V. Mortes maternas e de mulheres em idade reprodutiva na população indígena, Pernambuco, 2006-2012. Brasília, Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 28, n. 2, 2019.
- FREIRE, M.C.L. Pré-natal e puerpério de mulheres indígenas de uma aldeia de Alagoas [tese]. Mato Grosso do Sul: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, 2016.
- GARNELO, L. *et al.* Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, s. 2, p. 1-13, 2019.
- GENIOLE, L.A.I. *et al.* A Saúde da Família Indígena - Módulo Optativo 2. Campo Grande: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011.
- IGANSI, M.L; ZATTI, C.A. Gestação: Conhecendo a realidade das aldeias indígenas no Brasil. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR, v. 23, n.1, p. 48-52, 2018.
- LIMA, J.F.B. *et al.* Analysis of the mortality trend in the indigenous population of Brazil, 2000-2016. Public Health, v. 186, p. 87-94, 2020.
- RAUPP, L. *et al.* Condições de saneamento e desigualdades de cor/raça no Brasil urbano: uma análise com foco na população indígena com base no Censo Demográfico de 2010. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 20, n. 1, 2017.
- SANTOS, D.R.; *et al.* Mortalidade materna na população indígena e não indígena no Pará: contribuição para a vigilância de óbitos. Escola Anna Nery, v. 21, n. 4, 2017.
- SÍRIO, M.A.O. *et al.* Tempo de aleitamento materno entre indígenas Xakriabá aldeados em Minas Gerais, Sudeste do Brasil. Revista de Nutrição, v. 28, n. 3, 2015.

# CAPÍTULO 4

## A PREVENÇÃO AO CÂNCER DE MAMA: REVISÃO DE LITERATURA

**ALLANA VICTÓRIA PEREIRA ALVES<sup>1</sup>**  
**GABRIEL TELES DE SOUZA SIQUEIRA<sup>1</sup>**  
**GABRIELLA VICTÓRIA PEREIRA DE OLIVEIRA<sup>1</sup>**  
**MARIA EDUARDA ALVARENGA BELMIRO LOPES<sup>1</sup>**  
**SOPHIA NOBRE DE MOURA<sup>1</sup>**  
**ADRIENNE CONCEIÇÃO CARDOSO MEDEIROS<sup>2</sup>**  
**ARÊTHA TALYTA CRUZ DA COSTA<sup>2</sup>**  
**GIULIA DE MELO GEDEON<sup>2</sup>**  
**HELANE PEREIRA MELO<sup>2</sup>**  
**MATHEUS CARVALHO LOPES DA SILVA<sup>2</sup>**  
**RAIMUNDO GONÇALVES DOS ANJOS JÚNIOR<sup>2</sup>**  
**LUIZ ANTÔNIO PEREIRA DE ANDRADE<sup>3</sup>**  
**MARIA CECÍLIA ALENCAR DE AMORIM<sup>3</sup>**  
**ROGÉRIO DE ARAÚJO MEDEIROS<sup>4</sup>**  
**LIANA LUSTOSA DE CARVALHO<sup>5</sup>**

1. Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE.
2. Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário Uninovafapi – UNINOVAFAPI.
3. Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba– FCM-PB.
4. Cirurgião Pediátrico pela Universidade Estadual do Piauí – UESPI.
5. Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Olinda - FMO-PE.

### Palavras-chave

*Saúde da Mulher; Câncer de Mama; Prevenção ao Câncer de Mama*

## INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a neoplasia mais incidente entre a população feminina. Sendo classificado, basicamente, como um tumor maligno que acontece devido a alterações genéticas nas células da glândula mamária. Tais células tornam-se defeituosas e se proliferam de maneira desordenada, levando assim à formação de nódulo (caroço) na mama, em tecidos vizinhos (nódulos na axila) ou em outras partes do corpo (metástases à distância) (FULAN *et al.*, 2013).

Segundo dados divulgados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) no ano de 2014, o câncer de mama foi o tipo mais frequente de câncer em mulheres no Brasil e no mundo. Ele também foi responsável pelo maior número de mortes por câncer em mulheres no mesmo ano. Nesse contexto, os sintomas do câncer de mama são variados e podem incluir nódulo palpável endurecido no seio (associado ou não à dor), nódulo palpável na axila (linfonodo), alterações na pele da mama (pele em “casca de laranja”) e saída de secreção pelo mamilo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA, 2016).

O objetivo deste estudo foi descrever a situação do câncer de mama em mulheres, assim como suas formas de prevenção, diagnóstico e tratamento no Brasil.

## MÉTODO

### Pesquisa bibliográfica

Este trabalho consiste em uma revisão de literatura realizada através da base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), dos quais foram uti-

lizando os descritores “câncer de mama”, “neoplasias de mama” e “saúde da mulher”. Procurou-se por artigos apresentados na íntegra, publicados no Brasil com delimitação de tempo entre os anos de 2009 e 2021, sendo ambos de língua inglesa e/ou portuguesa. Com isto, foram encontrados trezentos e cinquenta e um, dos quais, treze foram selecionados e apenas cinco artigos enquadravam-se nos critérios de seleção descritos anteriormente.

### Pesquisa através de fontes oficiais

Além das referências bibliográficas foi utilizado dados fornecidos pela Sociedade Brasileira de Patologia e pelo Instituto Nacional de Câncer a respeito do câncer de mama no Brasil no respectivo ano de 2016 a 2021.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme descrito pelas estatísticas mundiais, em 2018, foram estimados cerca de 2,1 milhões de casos novos de câncer e aproximadamente 627 mil óbitos pela doença. Sendo assim, no Brasil, foi esperado para o ano de 2019, 59.700 novos casos do câncer de mama, o que corresponde a 29,5% de todos os tumores malignos femininos e uma taxa de incidência de 56/100 mil. Em 2016, foram registrados 16.069 óbitos em mulheres por câncer de mama, sendo a principal causa de morte por câncer entre as mulheres brasileiras, comprovando a baixa capacidade preventiva do Sistema Único de Saúde no combate desta doença (SILVA *et al.*, 2021).

Além disso, no Brasil, aproximadamente 40% dos casos de câncer de mama são diagnosticados em estágios tardios (III e IV), sendo observada na Região Norte (42%) a maior proporção de casos, reduzindo as chances de cura das mulheres e comprometendo o bom prognóstico (SILVA *et al.*, 2021).

### Sinais e sintomas

O câncer de mama pode ser percebido em fases iniciais, na maioria dos casos, por meio dos seguintes sinais e sintomas:

- Nódulo (caroço) fixo e geralmente indolor: é a principal manifestação da doença, estando presente em cerca de 90% dos casos quando o câncer é percebido pela própria mulher;
- Região dos seios avermelhada, retraída ou com aspecto semelhante a casca de laranja;
- Alterações no bico da mama (mamilo);
- Pequenos nódulos nas axilas ou pescoço;
- Saída espontânea de líquido anormal pelos mamilos;

Esses sinais e sintomas devem sempre ser investigados por um médico para que seja avaliado o risco de se tratar de câncer (MELO *et al.*, 2021).

### Diagnóstico

O diagnóstico ocorre, normalmente, através da detecção de um nódulo ou outro sintoma suspeito nas mamas, devendo ser investigado para confirmar se é ou não câncer de mama (HUNGUET *et al.*, 2009).

Para a investigação, além do exame clínico das mamas, ao qual pode ser realizado por um profissional médico ou pela própria paciente, sendo nomeado como autoexame, descrito na **Figura 4.1**. Há também o diagnóstico através da utilização de exames por imagem, como mamografia, ultrassonografia ou ressonância magnética (FEREIRA *et al.*, 2021).

Entretanto, a confirmação diagnóstica só é realizada por meio da biópsia, técnica que consiste na retirada de um fragmento do tecido, especialmente do nódulo ou da lesão suspeita por meio de punções (extração por agulha) ou de uma pequena cirurgia. O material retirado é analisado pelo patologista para a

definição do diagnóstico (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2021).

**Figura 4.1** Autoexame das mamas



**Legenda:** Autoexame dos seios como forma de prevenção ao câncer de mama. **Fonte:** São Judas Tadeu, 2019.

### Tratamento

Quando a doença é diagnosticada no início, o tratamento tem maior potencial curativo. No caso de a doença já possuir metástases (quando o câncer se espalha para outros órgãos), o tratamento busca prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida do paciente (MELO *et al.*, 2021).

Outrossim, o tratamento do câncer de mama varia conforme o estágio (estadiamento) em que a doença se encontra e o tipo do tumor. Dentre os meios de tratamento local estão as cirurgias e radioterapia. Já no tratamento sistêmico estão a quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica (terapia alvo) (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2021).

### Estadiamento

Nos estágio I e II da doença a conduta habitual é a cirurgia, ao qual pode ser realizada de forma conservadora (remoção exclusiva do tumor) ou mastectomia (retirada da mama) parcial ou total, podendo ser seguida ou não de

uma reconstrução mamária (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Após a cirurgia, o tratamento complementar com a radioterapia pode ser indicado pelo profissional médico. Já a reconstrução mamária deve ser sempre considerada nos casos de retirada da mama, a fim de minimizar os danos físicos e emocionais sofridos pela paciente (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2021).

No tratamento sistêmico, após o tratamento local, será indicado de acordo com a avaliação de risco de a doença retornar (recorrência ou recidiva) e considera a idade da paciente, o tamanho e o tipo do tumor e se há comprometimento dos linfonodos axilares (Instituto Nacional de Câncer, 2021).

Já no estágio III, correspondem a pacientes com tumores maiores que 5cm, porém sem metástase. Nessa situação, o tratamento sistêmico (na maioria das vezes, com quimioterapia) é a opção inicial. Após a redução do tumor promovida pela quimioterapia, segue-se com o tratamento local (cirurgia e radioterapia) (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Dessa forma, no estágio IV da doença já houve metástase, sendo fundamental buscar o equilíbrio entre o controle da doença e o possível aumento da sobrevida, levando-se em

consideração os potenciais efeitos colaterais do tratamento (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

### **Prevenção**

Conforme o Instituto Nacional de Câncer, cerca de 30% dos casos de câncer de mama podem ser evitados através da adoção de hábitos saudáveis como: praticar atividade física; evitar o tabagismo; manter o peso corporal adequado; evitar o consumo de bebidas alcoólicas; em casos de puérperas, a amamentação durante o máximo de tempo possível é um fator de proteção contra o câncer (FERREIRA *et al.*, 2021).

## **CONCLUSÃO**

Nesse contexto, o câncer de mama corresponde a uma neoplasia maligna que acomete, em grande parte, mulheres com 50 anos ou mais (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Dessa forma, é de extrema importância que o Sistema Único de Saúde proporcione medidas preventivas, como as campanhas a favor da conscientização do câncer de mama (outubro rosa), visto que o diagnóstico precoce auxilia no combate da doença, obtendo melhor resultado nos tratamentos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FERREIRA, S. S. *et al.* Indications for breast magnetic resonance imaging at a referral center for the diagnosis and treatment of breast cancer in Brazil. *Radiologia Brasileira*. 2021, v. 54, n. 2, pp. 83-86.

FURLAN, V. L. A. *et al.* Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*. 2013, v. 28, n. 2, pp. 264-269.

HUGUET, P. R. *et al.* Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2009, v. 31, n. 2, pp. 61-67.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Câncer de mama, 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>>. Acessado em 19 de Outubro de 2021.

MELO, F. B. B. *et al.* Detecção precoce do câncer de mama em Unidades Básicas de Saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2021, v. 34.

OLIVEIRA, J. C. de S. *et al.* Breast cancer survival in Great Cuiaba, Brazil: a population-based study. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2021, v. 42.

SILVA, M. S. B. *et al.* Actions for early detection of breast cancer in two municipalities in the Western Amazon. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2021, v. 74, n. 2.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA. Câncer de mama, 2016. Disponível em: <[http://www.sbp.org.br/cancer-de-mama/?gclid=Cj0KCQjw-4SLBhCVARIsACrhWLVnWnloFOUAvtJBH3p800KVWhLRh4sL2NIadRzAJy4s1-MfPrFAspUaAnEiEALw\\_wcB](http://www.sbp.org.br/cancer-de-mama/?gclid=Cj0KCQjw-4SLBhCVARIsACrhWLVnWnloFOUAvtJBH3p800KVWhLRh4sL2NIadRzAJy4s1-MfPrFAspUaAnEiEALw_wcB)>. Acessado em 19 de Outubro de 2021.

# CAPÍTULO 5

## PARTO DE EMERGÊNCIA

**LUCIANA CANELA DE SIQUEIRA SILVA<sup>1</sup>**  
**ANDERSON LUÍS PASCHOALI<sup>1</sup>**  
**ALINE KELLY WANDERLEY PEREIRA<sup>1</sup>**  
**FERNANDO RIBEIRO DE OLIVEIRA AVI<sup>1</sup>**  
**IZABELA NOSSA ALVES<sup>1</sup>**  
**LEONARDO DE OLIVEIRA ASSIS<sup>1</sup>**  
**LUÍSA MASSON FRANCISCO<sup>1</sup>**  
**MATEUS DOS SANTOS RIOS MATOS<sup>1</sup>**  
**MAYARA MARTINS COLTURATO MINUZZO<sup>1</sup>**  
**PAULA JUZZIO CAVALCANTI<sup>1</sup>**  
**POLYANNE ALMEIDA SANTOS CHAGAS<sup>1</sup>**  
**LEANDRO PARANHOS LOPES<sup>2</sup>**  
**LEDA FERRAZ<sup>2</sup>**

1. Discente – Graduação em Medicina na Universidade Brasil, Fernandópolis/SP.
2. Docente – Curso de Medicina na Universidade Brasil, Fernandópolis/SP.

**Palavras-chave:**

*Complicações do Parto; Vias do Parto; Trabalho de Parto.*



## INTRODUÇÃO

A gestação é o período pelo qual a mulher passa a sustentar o feto em seu ventre, dando-lhe suporte nutricional, hormonal e metabólico através da placenta e cordão umbilical. Durante o tempo em que a mulher gestar seu filho, estará sujeita a inúmeras mudanças, tanto da ordem biológica, física e psicológica (PICCININI *et al.*, 2008).

Por gestar o feto e ter a função de fazer com que o mesmo chegue a termo e seja concebido com saúde, a mulher é predisposta a passar por uma alteração hormonal, deficiência de vitaminas, anemias, predisposição a infecções, síndromes hipertensivas, diabetes mellitus gestacional, entre outros distúrbios que a caracterizam como gestante de alto risco. É por tal motivo que a realização de um pré-natal bem executado, com exames físicos e complementares de boa qualidade nos três trimestres da gestação se fazem tão importantes (FREITAS *et al.*, 2020).

Quando o pré-natal não é realizado adequadamente ou os fatores de riscos que envolvem o período gestacional são tão significativos que mesmo com todos os cuidados necessários o perigo permanece, há a necessidade de se realizar um parto de emergência, na tentativa de se preservar a vida da mãe e do feto. Para que isso seja feito, muitas vezes, a gestação é interrompida antes que o bebê seja considerado termo, sendo inevitável a realização de uma cesárea que, por ser um procedimento cirúrgico, possui riscos e que aumenta ainda mais a gravidade desse tipo de parto (NOMURA *et al.*, 2004).

O parto de emergência, portanto, envolve vários fatores, desde os intrínsecos ao processo gestacional até a via de parto. A existência de uma assistência obstétrica adequada diminui bruscamente os riscos que a falta dessa asses-

soria causaria, sendo imprescindível a qualificação dos profissionais com tal responsabilidade, além de um controle da mulher sobre suas atitudes dietéticas e ambientais durante a gestação, para que possa atenuar os fatores de riscos modificáveis (LEAL *et al.*, 2014).

Devido à grande relevância do tema em questão, esse trabalho teve como objetivo identificar, analisar e sintetizar estudos relacionados aos partos de emergência, as vias de parto, as emergências obstétricas mais recorrentes, suas complicações e riscos para o binômio mãe-bebê.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada no período de julho a outubro de 2021, tendo como fonte artigos científicos referentes às emergências obstétricas mais prevalentes e como elas causam complicações no parto. Foram utilizadas cinco etapas para a realização da pesquisa: (1) Elaboração da pergunta norteadora, definição dos descritores e das bases de dados; (2) Coleta e seleção de material na literatura existente; (3) Análise crítica dos estudos incluídos; (4) Interpretação dos resultados; (5) Síntese do conhecimento.

### 1ª Etapa

A primeira etapa consistiu no delineamento da problemática a partir de uma pergunta norteadora: “O que a literatura apresenta sobre emergências obstétricas e como elas podem influenciar no processo do parto?”. Além disso, nessa fase, buscou-se definir os descritores de assunto controlados para acesso às publicações, na língua portuguesa, por meio da plataforma DeCS, sendo os selecionados: “Parto”, “Complicações do parto”, “Vias de Parto”, “Trabalho de Parto” e escolher as bases de dados que seriam utilizadas: Google Aca-

dêmico, Scielo, Pubmed, Biblioteca Virtual em Saúde e Cochrane.

### **2ª Etapa**

Posteriormente, os artigos foram procurados nas bases de dados referidas. Para a busca, utilizaram-se os descritores listados e o cruzamento destes foi feito a partir do operador booleano AND. Foram encontrados 124 artigos, os quais passaram por uma seleção, a partir de critérios de elegibilidade.

Os critérios de inclusão utilizados foram:

- a. Possuir como temática central as emergências obstétricas e suas complicações no parto;
- b. Artigos escritos em inglês, português ou espanhol;
- c. Artigos publicados no período de 2017 a 2021;
- d. Artigos que estivessem disponíveis na íntegra;
- e. Trabalhos fora do período escolhido (2017 a 2021), avaliados como de extrema relevância.

Os critérios de exclusão utilizados, a fim de seguir a qualidade metodológica, foram:

- a. Trabalhos duplicados;
- b. Trabalhos disponibilizados em forma de resumo, tese e dissertações;
- c. Trabalhos que não abordassem conceitos relevantes para o alcance do objetivo.

Após os referidos critérios de seleção, obteve-se como resultado 8 artigos.

### **3ª Etapa**

Nesta etapa, ocorreu a análise crítica dos 8 artigos selecionados. Para isso, eles passaram por uma leitura minuciosa, objetivando o estudo e estabelecimento de conclusões gerais sobre o tema em questão, além dos diversos aspectos relacionados a ele.

### **4ª Etapa**

A apresentação dos resultados ocorreu em forma de tabela, sendo os artigos categorizados segundo o título da publicação, autores/ano de publicação, delineamento do estudo e objetivos.

### **5ª Etapa**

Por fim, a última etapa se definiu pela formulação da síntese das evidências disponíveis na bibliografia e na criação do documento com a condensação do conhecimento, descrevendo detalhadamente a Revisão Integrativa da Literatura.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Após a análise de trabalhos, foi observado que em casos de partos de emergência, deve ser feita uma avaliação primária da gestante, verificando os sinais vitais da mesma e do feto e os resultados devem ser avaliados para que o parecer médico, na intercorrência, seja adequado para a situação. Deve ser levado em consideração a frequência cardíaca da mãe e do feto, a frequência respiratória da gestante, saturação de oxigênio e vias aéreas pérvias (BRASIL, 2006).

É preciso pontuar a relevância das alterações que ocorrem no corpo de uma gestante. Observar o contentamento perante as transformações corporais, destacando o aumento abdominal que confirma o estado gestacional e presença de atitudes cuidadosas com o próprio organismo. Nota-se o descontentamento com a mudança brusca física que geram limitações das atividades diárias, que além do somático, também ocorre intensificação psíquica gestacional, e alterações na conjugalidade, solidificação no vínculo com parceiro, auxílio do companheiro em atividades diárias, e foco fi-

nanceiro para o bem-estar do bebê (PICCININI *et al.*, 2008).

Complicações clínicas da mãe antes da gestação e complicações obstétricas devem ser levadas em consideração no momento do parto de emergência, como: gestação de alto risco, eclampsia ou pré-eclâmpsia durante a gestação ou gestações anteriores, diabetes mellitus, diabetes gestacional, idade avançada da gestante, abortos anteriores, descolamento de placenta, atonia ou hipotonia uterinas. Dentre essas, a atonia e hipotonia uterinas são as mais relacionadas a casos de hemorragias, porém não está relacionada ao tipo de parto nesses casos (BRASIL, 2010).

Segundo o Manual técnico de gestação de alto risco (2010), a estruturação da rede implica na disponibilidade de serviços de pré-natal para o baixo e alto risco, planejamento familiar, serviços especializados para atendimento das emergências obstétricas e partos incluindo os de alto risco, leitos de unidade de terapia intensiva neonatal e para adultos, leitos de berçário para cuidados intermediários, assim como, eventualmente, a constituição de casas de apoio a gestantes de risco com dificuldades de acesso geográfico ou à puérperas que sejam mães de bebês que necessitam permanecer internados.

Os atendimentos disponíveis nas redes de atenção à gestante de alto risco, juntamente com toda equipe multidisciplinar, garante que a avaliação e acompanhamento serão de forma singular para a necessidade exigida de cada usuária. Enfatizando mais uma vez a importância do pré-natal e realização de exames regularmente, para diminuir qualquer complicação que possa vir associada a fatores de risco para essa gestante (BRASIL, 2013).

Segundo Mascarello *et al* (2018), as vias de parto também podem gerar complicações. O parto cesariano tem maior quantidade de

complicações agrupadas, ou seja, infecção pós-parto por conta da cirurgia realizada, cefaleia ligada aos anestésicos utilizados, complicações geradas pelos anestésicos e dor no local da cirurgia. Já no parto vaginal, existe risco de anemia, hemorroidas, ruptura do esfíncter anal, e risco de necessidade da realização de curetagem. Dessa forma, a cesariana ainda tem risco 56% maior que o parto vaginal. Existem também as complicações tardias e, as com maior prevalência, são a incontinência urinária e a dispareunia.

Desde 1985, a Organização Mundial de Saúde divulgou que não existem fundamentos para taxas de partos cesarianas maiores que 15%, e no Brasil, a partir de 2009, cesarianas ocorrem em maior quantidade comparadas ao parto vaginal, sendo 50,1% dos casos; já em 2013 houve mais uma alta nos partos eletivos sendo 56,63% dos casos. A alteração das vias de parto se deve aos riscos relacionados a ela, além de uma maior duração que o parto natural exige uma maior equipe, além do sofrimento da mãe (MASCARELLO *et al.*, 2018).

Nota-se a princípio, análise de dificuldades maternas relacionadas ao parto vaginal e cesáreo. Mulheres que apresentam idade superior ou igual a 35 anos optaram a maior parte por cesáreas e essa incidência aumentada pode ser justificada devido à idade materna ser diretamente proporcional às intercorrências clínicas. De acordo com os resultados expostos as complicações hemorrágicas e endometrite foram maiores em partos por cesárea do que partos vaginais, porém ambas em pequenas proporções. Em casos hemorrágicos excessivos algumas precisaram de histerectomia, evento observado em cesáreas, já em partos vaginais observa-se laceração perineal. Cesárea é um marcador de mobilidade, mas não de mortalidade, pode ser classificada como eletiva ou de emergência. Nas gestações denominadas de

alto risco quando há uma complicação gestacional prematura, gera aumento na incidência de cesáreas (NOMURA *et al.*, 2004).

Com base em toda leitura e seleção de trabalhos, foi construída a **Tabela 5.1**, mostrando

assim as temáticas pertinentes e relacionadas com o conteúdo de parto de emergência, além de possíveis orientações a serem tomadas diante dessa situação.

**Tabela 5.1** Síntese de trabalhos escolhidos como base desta revisão

Título do Artigo	Autores/Ano	Delineamento do Estudo	Objetivos
Clinical and Obstetric Situation of Pregnant Women who Require Prehospital Emergency Care.	FREITAS, 2020	Estudo Transversal.	Identificar uma situação clínica e obstétrica de gestantes que solicitam atendimento de urgência, considerando-se a pertinência da solicitação.
Intervenções Obstétricas Durante o Trabalho de Parto e Parto em Mulheres Brasileiras de Risco Habitual.	LEAL <i>et al.</i> , 2014	Estudo Transversal.	O objetivo deste estudo é descrever as boas práticas de atenção ao parto.
Complicações Maternas Associadas ao Tipo de Parto em Hospital Universitário.	NOMURA; ALVES; ZUGAIB, 2004	Estudo exploratório, de natureza qualitativa e qualitativa.	Analisar as complicações maternas associadas ao tipo de parto e comparar o parto cesáreo com o via vaginal.
Gestação e a Constituição da Maternidade.	PICCININI <i>et al.</i> , 2008	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa.	Investigar os sentimentos das gestantes sobre a maternidade, com destaque para a relação entre o período gestacional e a constituição da maternidade.
Manual Técnico: Gestação de Alto Risco	MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas	Normas e Manuais Técnicos	Normatizar como são feitas as abordagens de Gestação de Risco.
Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil	MASCARELLO, Keila Cristina <i>et al.</i> , 2018.	Estudo tipo coorte prospectiva	Avaliar como complicações maternas precoces e tardias relacionadas à via de parto, por até seis anos após o parto.
PORTARIA Nº 1.020, DE 29 DE MAIO DE 2013.	MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013	Normas e Manuais Técnicos	Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco.
Manual Técnico. Pré-Natal e Puerpério Atensão Qualificada e Humanizada	MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006	Normas e Manuais Técnicos	Orientar sobre a importância de uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada para a saúde materna e neonatal.

## CONCLUSÃO

Conforme analisado, foi possível identificar a importância de um pré-natal bem acompanhado, além de estrutura e informações para sanarem as dúvidas das mães que podem sofrer com os riscos de um parto complicado, levando a uma emergência hospitalar.

Em virtude do que foi exposto anteriormente, os partos de emergência têm fatores de risco os quais predispõem sua ocorrência, podendo ser eles: nutricionais, doenças pré-existentes, hormonais, ou traumas na gestante. Por conta disso, o pré-natal é muito importante

durante a gestação, pois evita surpresas na hora do parto e, se bem executado, pode tornar esse momento mais tranquilo para a mãe, o bebê e a equipe médica.

Se mesmo com a prevenção um parto de emergência vier a acontecer, devem ser monitorados os sinais vitais da paciente e do feto, para se preservar a vida do binômio “mãe-feto”, de forma a minimizar os riscos e trazer bem-estar aos dois pacientes após o parto. Desse modo, a via de parto deve ser a mais segura para o momento, levando em consideração todos os riscos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020\\_29\\_05\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html). Acesso em 13 de outubro de 2021.

FREITAS, V. C. A. de *et al.* Clinical and Obstetric Situation of Pregnant Women who Require Prehospital Emergency Care. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. Epub 05 Aug 2020, v. 73, suppl 4, e20190058.

LEAL, M. do C. *et al.* Intervenções Obstétricas Durante o Trabalho de Parto e Parto em Mulheres Brasileiras de Risco Habitual. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2014, v. 30, n. Suppl 1, pp. S17-S32.

MASCARELLO, Keila Cristina *et al.* Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto

em uma coorte no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 21, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gestação de Alto Risco. 5ª Edição, 2010, versão eletrônica, Brasília – DF. Editora a MS – OS 2010/0072, pág 1 a 304. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alt\\_o\\_risco.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alt_o_risco.pdf). Acesso em: 13 de outubro de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pré-Natal e Puerpério Atenção qualificada e humanizada. 3ª edição, 2006 versão eletrônica, Brasília- DF. Editora MS – OS 2005/0151, pág 1 a 162. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf). Acesso em: 14 de outubro de 2021.

NOMURA, R. M. Y.; ALVES, E. A.; ZUGAIB, M. Complicações Maternas Associadas ao Tipo de Parto em Hospital Universitário. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2004, v. 38, n. 1, pp. 9-15.

PICCININI, C. A. *et al.* Gestação e a Constituição da Maternidade. *Psicologia em Estudo* [online]. 2008, v. 13, n. 1, pp. 63-72.

# CAPÍTULO 6

## TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NA MULHER: UM DIAGNÓSTICO INVISÍVEL

**CHRISTIANA SADOK DE SÁ OLIVEIRA<sup>1</sup>**  
**LUIZA KAROL ROCHA PIMENTA<sup>2</sup>**

1. Discente de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
2. Discente de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

**Palavras-chave:**

*Autismo; Mulheres; Deficiência Intelectual.*



## INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do desenvolvimento neurológico caracterizado por déficits persistentes na comunicação e interação social em múltiplos contextos, além da presença de comportamentos e/ou interesses repetitivos e restritos (APA, 2014). Esses sintomas configuram o núcleo do transtorno, mas a gravidade da apresentação dos mesmos é variável e sua trajetória inicial não é uniforme (SBP, 2019). É devido a essa diversidade dos níveis de comprometimento que se usa o termo “espectro”.

Uma característica importante sobre o TEA é que ele se configura como um transtorno permanente, ou seja, não possui cura, uma vez que é causado pela combinação de fatores genéticos e fatores ambientais. No entanto, a intervenção precoce e intensiva baseada em evidências é essencial para alterar o prognóstico e suavizar os sintomas (SBP, 2019). Ela é importante por possuir um potencial de impedir uma manifestação completa do TEA, devido à alta neuroplasticidade no período inicial de desenvolvimento (DAWSON, 2008), ou seja, à capacidade do cérebro de fazer e desfazer sinapses de acordo com sua necessidade (CARLSON, 2000), sendo extremamente necessária para o surgimento de novas habilidades. Dessa forma, algumas características relevantes a serem observadas no primeiro ano de vida para avaliar a necessidade de uma intervenção precoce incluem: anormalidades no controle motor, atraso no desenvolvimento motor, sensibilidade diminuída a recompensas sociais, afeto negativo e dificuldade no controle da atenção (SBP, 2019).

Mesmo que a identificação dos sinais e o acesso à intervenção ocorram com menos frequência em certos grupos sociais, o TEA se

manifesta em indivíduos de diferentes raças, etnias e em todos os grupos socioeconômicos (SBP, 2019), assim como em ambos os sexos, masculino e feminino. No entanto, é observada estatisticamente uma maior prevalência do transtorno em meninos do que em meninas, em uma proporção relatada pela maioria dos estudos epidemiológicos de aproximadamente 4:1 (CHRISTENSEN *et al*, 2012). Mas uma recente meta-análise desses estudos apontou que a verdadeira proporção é, provavelmente, mais próxima de 3:1, sugerindo que as mulheres autistas têm maior probabilidade de passarem despercebidas (LOOMES *et al*, 2017). Posto isso, o estudo em questão tem como objetivo realizar uma análise dessa invisibilidade do diagnóstico de TEA nas mulheres, destacando principalmente os possíveis motivos para tal ocorrência e suas consequências.

## MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma revisão sistemática e análise de literatura realizada no período de outubro e novembro de 2021, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed, PMC (*PubMed Central*), Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), ScienceDirect e APA PsycNet (*American Psychological Association*). Foram utilizados os descritores: “Autismo”; “Mulher”; “Autismo feminino”; “Transtorno do Espectro Autista”; em inglês e português. Desta busca foram encontrados 30 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês e português; publicados no período de 1992 a 2019 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão e meta-análise, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma

de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 12 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os artigos finais foram selecionados a partir dos critérios citados acima e por se melhor se enquadrarem nos objetivos propostos pelos autores. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: diferenças baseadas no sexo em traços autistas; diagnóstico de autismo nas mulheres; causas e consequências da diferença de diagnóstico de TEA entre homens e mulheres.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Há na literatura diversos conceitos sobre saúde da mulher. Algumas concepções são mais restritas, abordando apenas aspectos biológicos e anatômicos do corpo feminino, outras já mais amplas, interagindo com dimensões dos direitos humanos e questões ligadas à cidadania (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação, e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, há ainda uma grande influência da discriminação - sexismo - perante a sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). No diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista, essa influência é observada facilmente.

Ainda que a literatura etiológica sugira ser improvável que a proporção da ocorrência do transtorno seja igual entre os dois sexos (RATTO *et al.*, 2017), quando comparadas aos homens, as mulheres são diagnosticadas em idades significativamente tardias e experienciam maiores atrasos no tempo desde a avaliação inicial, passando por vários diagnósticos

imprecisos, até chegar ao TEA (BEGEER *et al.*, 2013). A influência do preconceito e dos estereótipos de gênero é então um possível fator para tal diagnóstico tardio. Os comportamentos restritivos e repetitivos, característica que se sobressai no TEA, são menos proeminentes nas mulheres (MANDY *et al.*, 2012), ou são, até mesmo, interpretados de maneira enviesada, por se encaixarem melhor no padrão normativo social (HALLADAY *et al.*, 2015). Por isso, há a hipótese de que as mulheres são capazes de disfarçar seus sinais devido à maior sensibilidade à pressão social para se encaixar, e às expectativas de gênero impostas sobre elas a respeito do comportamento (LAI *et al.*, 2015, 2016). Essa teoria da camuflagem foi apoiada por dados de entrevistas qualitativas de mulheres autistas (BARGIELA *et al.*, 2016; CRIDLAND *et al.*, 2014). No que tange os interesses restritos, a diferença de diagnóstico entre os sexos pode ser também influenciada por preconceitos clínicos, já que as mulheres podem ter interesses restritos em áreas de conteúdo mais “normativas”, por exemplo, livros, celebridades e animais (HALLADAY *et al.*, 2015; KIRKOVSKI *et al.*, 2013).

No entanto, é necessário ainda analisar outras possíveis explicações para essa diferença de diagnóstico entre os sexos masculino e feminino. Curiosamente, os dados do Centro de Controle de Doenças *Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network* - um grupo de programas que estimam o número de crianças com TEA e outros atrasos de desenvolvimento nos Estados Unidos - mostram que o desequilíbrio sexual nas taxas de diagnóstico cresceu ao longo do tempo, de aproximadamente 3,5: 1 em 2000 para 4,5: 1 em 2010 (BOAT & WU, 2015). Os fatores para esse fenômeno não são totalmente conhecidos, mas é notável que o período de tempo coincide com o período em que as taxas

de TEA cresceram no geral, particularmente entre crianças sem deficiência intelectual (DI) concomitante (BOAT & WU, 2015). Foi descoberto então que o desequilíbrio entre os sexos varia também de acordo com a capacidade cognitiva, uma vez que a proporção entre homens e mulheres com deficiência intelectual concomitante é de 2:1, enquanto para aqueles com uma média mais alta de QI é muito maior, de 6:1 (FOMBONNE, 2009; KIRKOVSKI *et al.*, 2013; LOOMES *et al.*, 2017; VOLKMAR *et al.*, 1993). Dessa forma, esses dados indicam que a expansão do espectro autista envolvendo pessoas sem DI não tem identificado adequadamente as mulheres desse grupo.

Alguns estudos anteriores apontaram que, uma possível explicação para essa invisibilidade das mulheres com média de QI mais alta no espectro autista, é que elas são mais propensas a “camuflar” as características do TEA (DWORZYNSKI *et al.* 2012; LAI *et al.*, 2016; WILSON *et al.* 2016). A partir desses dados, há uma discussão a respeito das diferenças de sexo na manifestação dos traços autistas, que, por sua vez, poderiam contribuir para as disparidades diagnósticas (KREISER e WHITE 2014; LAI *et al.* 2015). Além disso, as mulheres autistas sem DI tendem a ter um melhor desenvolvimento de vocabulário e de habilidades linguísticas em comparação aos homens (HILLER *et al.* 2016). Essa diferença pode ter implicações importantes no diagnóstico, uma vez que os atrasos de linguagem são, comumente, a primeira preocupação relatada entre os pais de crianças com TEA (CHAWARSKA *et al.* 2007). As mulheres sem DI são também mais propensas a ter habilidades de imitação, que são, frequentemente, consideradas deficiências básicas no autismo (KIRKOVSKI *et al.* 2013; KNICKMEYER *et al.* 2008; LORD *et al.* 1982).

Outro ponto importante a ser levantado é a questão das falhas dos procedimentos atuais de avaliação, visto que as diferenças entre homens e mulheres com TEA são identificadas por medidas atualmente disponíveis. Como dito anteriormente, o efeito de camuflagem pode significar que existem mulheres autistas não identificadas, que são, portanto, excluídas dos estudos. Um estudo quantitativo apoiou a teoria da camuflagem, descobrindo que as mulheres autistas exibiam maiores discrepâncias entre os traços autistas avaliados pelos médicos e os traços autoavaliados (Lai *et al.* 2016). O ADOS-2 (*Autism Diagnostic Observation Schedule* - escala de observação) e o ADI-R (*Autism Diagnostic Interview-Revised* - escala de entrevista) são dois dos testes mais utilizados na avaliação de traços autistas, tendo sido desenvolvidos com uma amostra predominantemente masculina. Dessa forma, as mulheres que apresentam um padrão diferente dos traços autistas prototipicamente masculinos, ou que demonstram déficits sociocomunicativos menos aparentes, podem não ser avaliadas de forma adequada pelas ferramentas de diagnóstico disponíveis (RATTO *et al.*, 2018). É extremamente provável que exista um grupo de mulheres com TEA que não se enquadram no perfil “clássico” (ou seja, masculino) do transtorno, e que, portanto, nunca são identificadas nem recebem as intervenções necessárias. É importante ressaltar que o diagnóstico tardio ou equivocado pode prejudicar o desenvolvimento de habilidades e a chance de suavizar os sintomas, o que torna fundamental a revisão das ferramentas para diagnóstico das mulheres.

A partir dessas possíveis explicações para o desequilíbrio entre homens e mulheres autistas, faz-se necessário também analisar as consequências que o diagnóstico feminino tardio pode levar às mulheres com TEA, seja

na infância, adolescência ou na vida adulta. Sendo assim, os pesquisadores começaram então a prestar mais atenção às experiências das mulheres de serem diagnosticadas erroneamente por vários anos antes de obter um diagnóstico de TEA, e os efeitos prejudiciais que tratamentos comportamentais, educacionais e psiquiátricos inadequados tiveram em suas vidas (BARGIELA *et al.* 2016). Um desses efeitos é o prejuízo para o desenvolvimento de habilidades sociais, que se mostram ainda mais importantes na adolescência. Principalmente durante essa fase, amigos próximos dão aceitação e validação uns aos outros, fornecem esclarecimentos e feedbacks uns aos outros, enquanto trocam opiniões e crenças sobre eles próprios e o mundo em torno deles (SEIFERT *et al.*, 2000).

Devido às muitas correlações encontradas entre amizades e maior desenvolvimento de habilidades emocionais, cognitivas e sociais (DEMIR & URBERG, 2004; WALDRIP *et al.*, 2008), a interação social é fundamental para a qualidade de vida, relevância reconhecida também pelas meninas autistas (FOGGO *et al.* 2017). O quesito social, por ser comumente uma dificuldade para as pessoas com TEA, pode ser desenvolvido a partir de uma intervenção e um acompanhamento multidisciplinares, de forma a atenuar a angústia e garantir uma melhor inserção na sociedade. Assim, um diagnóstico tardio traz consequências negativas para a criação de vínculos afetivos que influenciam na qualidade de vida do indivíduo e em seu desenvolvimento desde jovem.

## CONCLUSÃO

Diante do exposto, a partir da característica de “espectro” do transtorno, ou seja, de possuir

diferentes graus de comprometimento, é possível denotar a dificuldade de diagnóstico, principalmente nas mulheres, por muitas vezes não se encaixarem no padrão “clássico” do TEA, que seria o padrão masculino. Posto isso, conclui-se que muito há de se modificar para a realização do diagnóstico, iniciando pela quebra de preconceitos impostos sobre o comportamento da mulher.

Por conseguinte, é necessário obter mais dados a respeito das limitações das metodologias atuais e também avaliar as diferenças de sexo nas mais diversas faixas etárias, não apenas nas faixas em que os testes ADOS-2 e ADIR incluem. Para atingir tal objetivo, que representará uma melhor chance para as meninas desenvolverem suas habilidades de forma a suavizar os sintomas, tornam-se imprescindíveis estudos sobre os diagnósticos imprecisos comumente recebidos antes do diagnóstico correto, assim como o que faz com que elas obtenham finalmente o diagnóstico do TEA. Além disso, metodologias inovadoras são necessárias para desenvolver métodos confiáveis e válidos de identificação precisa dessas meninas e mulheres autistas para permitir o acesso aos serviços clínicos necessários e a participação em pesquisas.

Por fim, estudos longitudinais em crianças que eventualmente desenvolvem TEA e em crianças com desenvolvimento típico podem ser aliados nesse contexto, para se obter mais informações sobre o desenvolvimento ao longo do tempo e de como e quando homens e mulheres começam a manifestar traços autistas. Esses estudos também são importantes para o fornecimento de dados sobre os possíveis efeitos do diagnóstico posterior nas mulheres.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. 848 p.
- BARGIELA, S.; STEWARD, R.; MANDY, W. The experiences of late-diagnosed women with autism spectrum conditions: An investigation of the female autism phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.46(10) p. 3281–3294, 2016.
- BEGEER, S.; MANDELL, D.; WIJNKER-HOLMES, B.; VENDERBOSCH, S.; REM, D.; STEKELENBURG, F.; KOOT HM. Sex differences in the timing of identification among children and adults with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 43(5) p. 1151–1156, 2013.
- BOAT, TF; WU, JT. Mental disorders and disabilities among low-income children. Washington, DC: The National Academies Press; 2015. Prevalence of autism spectrum disorder; p. 241–266.
- CARLSON, N. Fisiologia do Comportamento. 7.ed. Phoenix: Pearson; 2000.
- CHAWARSKA, K.; PAUL, R.; KLIN, A.; HANNIGEN, S.; DICHTTEL, LE.; VOLKMAR, F. Parental recognition of developmental problems in toddlers with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 37(1) p. 62–72, 2007.
- CHRISTENSEN, DL.; BAILO, J.; VAN NAARDEN BRAUN, K.; BILDER, D.; CHARLES, J.; CONSTANTINO, JN.; et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years--Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network. 11 Sites, United States, 2012. *MMWR Surveill Summ*. 2016;65(3):1–23.
- CRIDLAND, EK.; JONES, SC.; CAPUTI, P.; MAGEE, CA. Being a girl in a boys' world: Investigating the experiences of girls with autism spectrum disorders during adolescence. *Journal of Autism and Developmental Disorders*; 44(6) p.1261–1274, 2014.
- DAWSON, G. Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Dev Psychopathol*. 2008;20(3):775– 803.
- DEMIR, M; URBERG, K. Friendship and adjustment among adolescents. *Journal of Experimental Child Psychology*, 88, 68–82, 2004.
- DWORZYNSKI, K.; RONALD, A.; BOLTON, P.; HAPPÉ, F. How different are girls and boys above and below the diagnostic threshold for autism spectrum disorders? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 51(8) p.788–797, 2012.
- FOGGO, R; WEBSTER, A. Understanding the social experiences of adolescent females on the autism spectrum. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2017; v. 35, p.74-85.
- FOMBONNE E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research*.; 65(6):591–598, 2009.
- HALLADAY, AK; BISHOP, S; CONSTANTINO, JN; DANIELS, AM; KOENIG, K; PALMER, K; SZATMARI, P. Sex and gender differences in autism spectrum disorder: Summarizing evidence gaps and identifying emerging areas of priority. *Molecular Autism*. 2015; 6(1):36.
- HILLER, RM.; YOUNG, RL.; WEBER, N. Sex differences in pre-diagnosis concerns for children later diagnosed with autism spectrum disorder. *Autism*. 20(1):75–84, 2016.
- KIRKOVSKI, M.; ENTICOTT, PG.; FITZGERALD, PB. A review of the role of female gender in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 43(11) p. 2584–2603, 2013.
- KNICKMEYER, RC.; WHEELWRIGHT, S.; BARON-COHEN, SB. Sex-typical play: Masculinization/defeminization in girls with an autism spectrum condition. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 38(6):1028–1035, 2008.
- KREISER, N.; WHITE, S. ASD in females: Are we overstating the gender difference in diagnosis? *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2014
- LAI, M-C.; BARON-COHEN, S.; BUXBAUM, JD. Understanding autism in the light of sex/gender. *Molecular Autism*, 2015.
- LAI, M-C.; LOMBARDO, MV.; RUIGROK, AN.; CHAKRABARTI, B.; AUYEUNG, B.; SZATMARI, P. MRC AIMS Consortium. Quantifying and exploring camouflaging in men and women with autism. *Autism*. 2016
- LOOMES, R.; HULL, L.; MANDY, WPL. What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2017.
- LORD, C.; SCHOPLER, E.; REVICKI, D. Sex differences in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 12(4) p. 317–330, 1982.
- MANDY, W.; CHILVERS, R.; CHOWDHURY, U.; SALTER, G.; SEIGAL, A.; SKUSE, D. Sex differences in autism spectrum disorder: Evidence from a large

sample of children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 42(7) p. 1304–1313, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. 1. ed., 2. reimpr. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.

RATTO, A.B.; KENWORTHY, L.; YERYS, B.E. et al. What About the Girls? Sex-Based Differences in Autistic Traits and Adaptive Skills. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 48, 1698–1711; 2018.

SEIFERT, K; HOFFNUNG, R.J; & HOFFNUNG, M. *Lifespan development: A Chronological Approach*. 2nd ed. Boston: Houghton Mifflin, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico De Pediatria Do Desenvolvimento E Comportamento. *Manual de Orientação: Transtorno do Espectro do Autismo*. n. 05 abr, 2019.

VOLKMAR, FR.; SZATMARI, P.; SPARROW, SS. Sex differences in pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 23(4) p. 579–591, 1993.

WALDRIP, A. M; MALCOLM, K. T; JENSEN-CAMPBELL, L. A. With a little help from your friends: The importance of high quality friendships on early adolescent adjustment. *Social Development* 17, 832–852, 2008.

WILSON, CE; MURPHY, CM; MCALONAN, G; ROBERTSON, DM; SPAIN, D; HAYWARD H; ZINKSTOK J. Does sex influence the diagnostic evaluation of autism spectrum disorder in adults? *Autism*. 2016; 20:808–819.

# CAPÍTULO 7

## MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

**EDUARDA DA SILVA RAMOS FEITOSA<sup>1</sup>**  
**TAMIRES DE OLIVEIRA BRITO<sup>1</sup>**  
**POLYANA NORBERTA MENDES<sup>2</sup>**

1. Discente - Enfermagem do Centro Universitário Santo Agostinho.
2. Docente – Departamento de Enfermagem do Centro Universitário Santo Agostinho.

**Palavras-chave:**

*Terapias Complementares; Dor do parto; Parto*



## INTRODUÇÃO

A assistência à saúde ainda é caracterizada por práticas relacionadas ao modelo biomédico, modelo regido por variáveis biológicas que analisam o corpo como uma máquina, através da relação causa-efeito, gerando sérias implicações, inclusive para a saúde da mulher, principalmente durante o ciclo gravídico-puerperal (BORGES *et al.*, 2018). Tendo em vista as implicações a saúde da mulher, pretende-se reduzir as altas taxas de intervenções desnecessárias como a episiotomia, o uso de ocitocina, cesariana, aspiração naso-faringeana no bebê, entre outras. Tais intervenções que deveriam ser utilizadas apenas em situações de necessidade, são muito comuns, o que deixou de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo (BRASIL, 2017).

A dor no trabalho de parto é resultado de complexas interações, de caráter inibitório e excitatório, característico da dor aguda. Porém, trata-se de um período com particularidades, de natureza neurofisiológica, obstétrica, psicológica e sociológica as quais podem interferir no limiar de sua tolerância (MOTTA *et al.*, 2016).

De acordo com a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, é de livre escolha da parturiente os recursos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto, isto que as opções são diversas, entre as comprovadas cientificamente (BRASIL, 2017). O emprego de terapias complementares como alternativa para o alívio da dor no trabalho de parto deve ser encorajado e faz parte das estratégias nacionais e internacionais de atenção à gestação e parto (BRASIL, 2017).

O enfermeiro é o profissional que está habilitado a cuidar, ele se torna essencial nesse cenário. Por esse motivo faz-se necessário a

capacitação da equipe de enfermagem, bem como a formação de mais enfermeiros obstetras (EO), a fim de oferecer um parto saudável, respeitoso, humanizado e sem intervenções desnecessárias (BRASIL, 2002; 2014).

Nessa perspectiva, o cenário do parto e nascimento deverá dispor de práticas humanizadas, assim como de métodos de alívio da dor farmacológicos e não farmacológicos, para minimizar o desconforto causado no processo de parturição (BRASIL, 2014). O ideal é que a equipe multiprofissional estabeleça uma relação de proximidade e empatia com a mulher durante o evento do parto, além de uma assistência adequada quanto à oferta e implementação de práticas humanizadas (BRASIL, 2014).

Neste contexto o objetivo de estudo desta investigação consistiu em identificar as evidências científicas acerca dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto. Partindo-se da questão norteadora: quais os métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto?

## MÉTODO

### Tipo de Estudo

A Revisão Integrativa (RI) inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica possibilitando a síntese do estado de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (BENEFIELD, 2003; POLITT, BECK, 2006).

Para elaborar uma revisão integrativa relevante que pode subsidiar a implementação de intervenções eficazes no cuidado aos pacientes é necessário que as etapas a serem seguidas estejam claramente descritas (BEYEA & NICOLL, 1998; WHITTEMORE, 2005).

No geral, para a sua construção é preciso percorrer seis etapas distintas, similares aos estágios de desenvolvimento de pesquisa convencional (WHITTEMORE, 2005), são elas: primeira etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura; terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; quinta etapa: interpretação dos resultados; sexta etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

A revisão da literatura é um dos métodos de pesquisa utilizados na Prática Baseada em Evidências (PBE) que permite a incorporação das evidências na prática clínica. Os enfermeiros são constantemente desafiados na busca de conhecimento científico a fim de promoverem a melhoria do cuidado ao paciente (LOBIONDO & HARBER, 2006). Um dos propósitos da PBE é encorajar a utilização de resultados de pesquisa junto à assistência à saúde prestada nos diversos níveis de atenção, reforçando a importância da pesquisa para a prática clínica.

A PBE é uma abordagem de solução de problema para a tomada de decisão que incorpora a busca da melhor e mais recente evidência, competência clínica do profissional e os valores e preferências do paciente dentro do contexto do cuidado (MELNIK, 2003).

A utilização de resultados de pesquisas é um dos pilares da PBE, e dessa maneira, para a implementação desta abordagem na enfermagem, o enfermeiro necessita saber como obter,

interpretar e integrar as evidências com os dados clínicos e preferências do paciente na tomada de decisões na assistência de enfermagem aos pacientes e seus familiares. Assim, essa abordagem encoraja a assistência à saúde fundamentada em conhecimento científico, com resultados de qualidade e com custo efetivo (GALVÃO *et al.*, 2003).

### **Critérios de Inclusão e Exclusão**

Neste trabalho os critérios de inclusão foram: os artigos primários de abordagem quantitativa e qualitativa que tivessem como participantes, mulheres que estiveram em trabalho de parto natural e que utilizaram ou não algum método não farmacológico para alívio da dor no trabalho de parto, publicados nos últimos 10 anos, em português, inglês e espanhol.

E foram excluídos os artigos duplicados nas bases, editoriais, dissertações, teses e resumos de anais de congresso.

### **Procedimento de Coleta de Dados**

O procedimento de coleta aconteceu de acordo com a estratégia PICo. O P significa população, o I significa variável de interesse, e o Co significa contexto. Para o presente estudo o P é parturiente/mulheres em trabalho de parto, o I são os métodos não farmacológicos e o Co é o parto, resultando na questão norteadora: Quais os métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto?

Os descritores que foram utilizados para sistematizar a busca foram os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), *Medical Subject Headings* (MeSH) e os descritores não controlados, as Palavras-chaves. Os termos para cada elemento da estratégia PICo foram apresentados no **Quadro 7.1**.

**Quadro 7.1** Apresentação dos descritores controlados e palavras-chaves

<b>P (população/problema): parturiente/mulheres em trabalho de parto</b>	<b>I (variável de interesse): métodos não farmacológicos</b>	<b>Co (resultado/contexto): parto</b>
DeCS: Parto; Dor de Parto; Mulher Grávida.	DeCS: Fenômenos Fisiológicos; Terapias Complementares.	DeCS: Trabalho de parto; Parto Natural.
Palavras-chaves: Nascimento; Dores do Trabalho de Parto; Parturiente.	Palavras-chaves: Alívio da Dor; Terapias Complementares.	Palavras-chave: Humanização de Assistência ao Parto; Técnica de Lamaze.
Mesh: Parturition; Labor Pain; Pregnant Women.	Mesh: Physiological Phenomena; Complementary Therapies.	Mesh: Labor, Obstetric; Natural Childbirth.

A busca foi realizada por duas pesquisadoras de maneira independente e simultânea, nas bases: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) via PUBMED, e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). E os descritores foram combinados atendendo as especificidades de cada base de acordo com os operadores booleanos AND, OR e AND NOT.

Em seguida, os artigos foram transportados para o software Rayyan ([https://rayyan.ai/users/sign\\_in](https://rayyan.ai/users/sign_in)). Inicialmente foi realizada a exclusão dos artigos duplicados, em sequência, a leitura de títulos e resumos para verificar se as pesquisas atendiam aos critérios de inclusão, e aplicação dos critérios de exclusão. Por fim, foi realizada a leitura dos textos na íntegra. Acrescenta-se, que também foram incluídos outros estudos após o processo de busca manual nas referências dos estudos que compõem a amostra. Todo o processo de seleção foi sintetizado por meio da construção do fluxograma, conforme o fluxograma Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA).

As informações que foram coletadas nos artigos seguiram o instrumento de categorização, no qual foi organizado em dois eixos de

análise: caracterização geral (autor, base de dados, periódico, país, ano) e caracterização do método (tipo de estudo, abordagem metodológica, população, local de realização do estudo e nível de evidência).

### **Análise dos Dados**

Os estudos foram analisados de maneira descritiva e qualitativa por meio da construção de categorias temáticas e foram apresentados em quadros. Posteriormente, foram verificadas similaridades, divergências e lacunas no conhecimento já produzido sobre o protocolo de pesquisa e instrumento de categorização.

### **Preceitos éticos**

Por tratar-se de uma revisão integrativa, não necessitou de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, entretanto foram mantidas as ideias originais dos autores das publicações utilizadas neste estudo.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A seguir, é apresentada a síntese dos artigos selecionados. Através do **Quadro 7.2** são mostrados autor e ano de cada estudo, objetivo, os principais resultados e conclusão dos estudos.

**Quadro 7.2** Síntese dos artigos selecionados para a revisão integrativa – Teresina, PI, Brasil, 2021

AUTOR/ANO	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS	CONCLUSÃO/DESFECHE
SILVA, L. M. <i>et al</i> , 2011.	Caracterizar o uso da bola suíça na assistência à mulher, durante o trabalho de parto nos serviços de atenção obstétrica, vinculados ao Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo e identificar as características de seu emprego na assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas.	Constatou-se que 100% dos Centros de Parto Normal e 40,9% dos Centros Obstétricos possuíam bola suíça. No entanto, 19,4% afirmaram ter alguma dificuldade para implementar essa prática, tais como: não aceitação médica, recusa da mulher e falta de espaço. Para as enfermeiras, os resultados observados nas parturientes após o uso da bola foram: relaxamento (53,1%) e alívio da dor (46,9%).	Observou-se a facilidade com que os profissionais empregam a bola suíça embasados quase totalmente em suas observações empíricas. Desse modo, é possível concluir-se que parece haver benefícios no uso da bola suíça; no entanto, ensaios clínicos a respeito dessa prática são necessários para trazer evidências e esclarecer as questões levantadas neste estudo.
ALMEIDA, J. M.; ACOSTA, L. G.; PINHAL, M. G., 2015.	Avaliar o conhecimento de puérperas em relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor, verificando sua opinião em relação aos métodos aplicados, e identificar a técnica mais aplicada durante o trabalho de parto dessas mães, bem como associar dados sociodemográficos com esses métodos.	Os resultados mostraram que esse grupo é caracterizado por mães jovens, primíparas, com união estável, com escolaridade média e na maioria desempregadas. Revelaram que 76,7% das mulheres entrevistadas desconheciam os métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto (MNFAD). Apesar de não conhecerem inicialmente os MNFADs, as mães relataram alívio ou melhora da dor e referem ter ajudado muito a aplicação de tais técnicas. O banho de chuveiro foi o método não farmacológico para alívio da dor do parto preferido.	Evidenciou-se que o foco da deficiência de conhecimento sobre métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto não está na maternidade, mas sim no pré-natal. É importante estimular a adoção e implementação dessas técnicas junto aos profissionais que atendem a mulher, principalmente, durante o acompanhamento pré-natal. A opinião das mulheres foi marcada pela ambiguidade, uma vez que relataram o aumento das contrações, o que influenciou na evolução e rapidez durante o trabalho de parto.
ROCHA, F. A. A. <i>et al.</i> , 2015.	Descrever o cuidado oferecido à mulher durante o trabalho de parto e parto na percepção de puérperas.	Evidenciou-se a insatisfação da gestante com a recepção médica e a falta do contato precoce com seu filho após o nascimento. Entretanto, relataram satisfação no uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, citando a massagem, como uma das técnicas mais relaxantes e prazerosas.	A percepção das participantes do estudo quanto ao parto humanizado e a aceitação destas ao serviço, denotaram o quanto o envolvimento humano e a busca por uma atenção qualificada às puérperas nas maternidades têm contribuído significativamente para a humanização do atendimento.
LIMA, P. C. <i>et al.</i> , 2017.	Descrever a vivência de adolescentes durante o processo de parturição e a atuação da enfermagem obstétrica nesse processo.	No geral, as puérperas demonstraram satisfação com o atendimento, pois houve assistência humanizada. Entretanto, algumas verbalizaram descontentamento, pois os exercícios eram impostos pelo enfermeiro obstetra, não respeitando o desejo da mulher.	Os profissionais de saúde devem prestar uma assistência humanizada de forma qualificada pautada nas boas práticas de atenção ao parto, para tal é necessária à sensibilização constante por meio de capacitação e treinamento dos profissionais, e para isso é necessário que todos que prestam assistência às parturientes trabalhem em conjunto, como uma equipe.

<p>DIAS, E. G. <i>et al.</i>, 2018.</p>	<p>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.</p>	<p>Os métodos não farmacológicos utilizados durante o trabalho de parto obtiveram efeitos satisfatórios, minimizaram a sensação dolorosa, deixou-as mais tranquilas e relaxadas. O método mais utilizado pelas puérperas foi o banho de aspersão.</p>	<p>As puérperas reconhecem os métodos não farmacológicos como eficazes quanto a sua finalidade e associam a eles sentimentos de satisfação, relaxamento e tranquilidade. Dessa forma, fica evidenciada a importância da utilização dos métodos não farmacológicos nos períodos pré e trans-parto, e reforçar para que se tenham investimentos nas instituições hospitalares e casas de parto, para inserção de programas e protocolos de incentivo ao uso dos métodos não farmacológicos no trabalho de parto.</p>
<p>VIEIRA, B. C. <i>et al.</i>, 2019.</p>	<p>Identificar o significado que os técnicos de enfermagem atribuem às boas práticas assistenciais, baseadas em evidências científicas, utilizadas com mulheres grávidas durante a fase de dilatação do parto.</p>	<p>É necessário um atendimento individualizado, a fim de identificar os métodos não farmacológicos que as parturientes preferem, de acordo com o estágio de trabalho de parto em que se encontram. Segundo as participantes o pré-natal certamente poderia contribuir para a qualidade do atendimento no processo de parturição, repassando conhecimento sobre trabalho de parto e parto.</p>	<p>A implementação de boas práticas significa realizar as atividades de forma adequada e prestar assistência humanizada, cuidado à gestante, respeitando sua autonomia durante o trabalho de parto.</p>
<p>MARINS, R. B. <i>et al.</i>, 2020.</p>	<p>Conhecer as tecnologias de cuidado no alívio da dor durante o processo de parto em um hospital universitário.</p>	<p>As entrevistadas tinham informações sobre pelo menos um dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto e parto. E relatam que estavam muito mais confortáveis com a empregabilidade dessas tecnológicas de cuidado.</p>	<p>As tecnologias de cuidado no alívio da dor do parto fornecem as parturientes um processo de parto seguro e qualificado, ajudam a relaxar, aliviar a dor e trazer sentimentos de cordialidade para com os funcionários e família.</p>
<p>SILVA, L. F. <i>et al.</i>, 2021.</p>	<p>Analisar a frequência da realização das boas práticas obstétricas em maternidades-escolas.</p>	<p>Obteve-se que a maioria absoluta possuiu acompanhantes. Entretanto, a utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor esteve presente para a minoria. A maioria expressiva das mulheres foi alimentada e hidratada durante o trabalho de parto e parto, tiveram posição verticalizada durante o parto, aleitamento materno na primeira hora de vida e contato pele a pele.</p>	<p>Evidenciou-se que o cenário obstétrico analisado está passando por transformações, haja vista os bons resultados referentes a algumas das práticas analisadas. É importante enfatizar a necessidade de adequação das maternidades-escolas, já que são formadoras de profissionais desde a graduação. Desta forma, é relevante a realização de outros estudos, de maneira que seja possível analisar a evolução e o ajuste dessas instituições, proporcionando um cenário obstétrico favorável e formador de qualidade.</p>

### **A importância do enfermeiro na utilização dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto**

Nesta categoria estão reunidos os estudos que abordaram sobre a importância do enfermeiro na utilização dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto. Nesse contexto, uma vez que a Enfermagem atua nos diversos setores e níveis de complexidade ao paciente e que seu exercício profissional envolve a educação em saúde, é relevante seu engajamento em pesquisas sobre as tecnologias acerca dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto que visem potencializar a assistência, a humanização e participação entre usuária e a equipe de profissionais da saúde (SILVA *et al.*, 2019).

Enfatiza-se que mesmo com as dificuldades encontradas nas práticas do cuidado os enfermeiros conseguem aplicar alguns dos métodos, humanizando o cenário do parto, evitando procedimentos desnecessários e tornando o momento mais prazeroso a parturiente (CAMACHO *et al.*, 2019).

No geral, as parturientes demonstraram satisfação com o atendimento, evidenciando que a assistência foi humanizada, pois houve uma aproximação entre o enfermeiro e a parturiente, quebrando o paradigma da assistência tradicional (LIMA *et al.*, 2017).

Por sua vez, o enfermeiro deverá focar mais em ações educativas voltadas ao reconhecimento das tecnologias não invasivas, com início no pré-natal, tornando as mulheres aptas a tornarem-se protagonistas do ato de gerar outro ser humano e de seu próprio corpo (SILVA *et al.*, 2020). Portanto, destaca-se a importância das ações educativas e orientações durante o pré-natal acerca dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto, explicando para a gestante

os benefícios das tecnologias não invasivas fazendo com que a mulher participe ativamente das ações, oferecendo segurança e tranquilidade durante os procedimentos.

### **Conhecimento e aceitação das puérperas quanto a utilização dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto**

Nesta categoria estão reunidos os estudos que abordaram o conhecimento e aceitação das puérperas quanto à utilização dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto.

As tecnologias de cuidado no alívio da dor do parto fornecem as parturientes um processo de parto seguro e qualificado, ajudam a relaxar, aliviar a dor e trazer sentimentos de cordialidade (MARINS *et al.*, 2020; DIAS *et al.*, 2018).

Os cuidados não farmacológicos são instituídos pelo Ministério da Saúde (MS), propostos por meio do desenvolvimento da humanização. Estes cuidados são opções benéficas para um melhor conforto da gestante durante a parturição, introduzidos de forma a substituir técnicas invasivas, analgésicas e anestésicas. São várias as técnicas utilizadas nesta fase (OLIVEIRA *et al.*, 2014). Dentre elas, enfatiza-se a bola de nascimento, banho e massagem (ALMEIDA *et al.*, 2015).

A bola de nascimento é um método que têm como principais benefícios desfadigar, alongar, corrigir a postura e promover o fortalecimento da musculatura pélvica. Dessa forma, haverá o relaxamento da musculatura e ampliação da pelve, logo ajudará na descida da apresentação fetal (SILVA *et al.*, 2011).

Constatou-se que 100% dos Centros de Parto Normal e 40,9% dos Centros Obstétricos possuíam bola suíça. No entanto, 19,4% afirmaram ter alguma dificuldade para imple-

mentar essa prática, tais como: não aceitação médica, recusa da mulher e falta de espaço. Para as enfermeiras, os resultados observados nas parturientes após o uso da bola foram: relaxamento (53,1%) e alívio da dor (46,9%) (SILVA *et al.*, 2011).

As terapias térmicas consistem em utilizar o calor e o frio para amenizar a dor durante as fases do trabalho de parto. A utilização do frio se dá principalmente no momento de fase ativa e período expulsivo (SHIRVANI & GANJI, 2014). E o calor é utilizado na região lombar para diminuir a lombalgia. Estes métodos quando associados a outros como a bola de nascimento, possui uma maior eficácia (TAAVONI *et al.*, 2016).

Os resultados revelaram que 76,7% das mulheres entrevistadas desconheciam os métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto (MNFAD). Apesar de não conhecerem inicialmente os MNFADs, as mães relataram alívio ou melhora da dor e referem ter ajudado muito à aplicação de tais técnicas. O banho de chuveiro foi o método não farmacológico para alívio da dor do parto preferido (ALMEIDA *et al.*, 2015).

A massagem promove o relaxamento, uma alta no fluxo sanguíneo e conseqüentemente a oxigenação dos tecidos, como também reduz o estresse emocional, logo, todos esses benefícios se tornam fundamentais na diminuição da dor da parturiente (GAYESKI & BRUGGEMANN, 2010).

Evidenciou-se a insatisfação da gestante com a recepção médica e a falta do contato precoce com seu filho após o nascimento. Entretanto, relataram satisfação no uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, citando a massagem, como uma das técnicas mais relaxantes e prazerosas (ROCHA, *et al.*, 2015).

Desta forma, percebe-se que o cenário obstétrico vem passando por transformações, através da implementação de boas práticas, com realização das atividades de forma adequada, assistência humanizada, cuidado à gestante, respeitando sua autonomia durante o trabalho de parto (VIEIRA *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2021)

Entende-se que algumas mulheres desconhecem os métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto (MNFAD), porém, após a aplicação dessa técnica, as parturientes relataram alívio ou melhora da dor e referem ter ajudado muito. Por fim, percebe-se que durante o início do pré-natal, a equipe de enfermagem deixa a desejar quanto às informações das tecnologias não invasivas durante o trabalho de parto ofertadas às gestantes, onde as mesmas poderiam escolher os métodos que lhe proporcionaria mais segurança e conforto.

## CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que os métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto são de extrema importância, entretanto, é necessário que a equipe multiprofissional trabalhe em conjunto para se ter um processo de humanização e resultado de qualidade. As evidências científicas mostraram que as parturientes possuem pouco conhecimento sobre a utilização dos métodos não farmacológicos, porém, uma boa aceitação quanto ao uso dos mesmos, e que o enfermeiro é o grande responsável para indução na utilização destes métodos, toda via é necessária que este assunto seja melhor difundido desde o pré-natal. As contribuições deste estudo se dão por conhecimentos de boas práticas, reforçar e ratificar o que os estudos mostraram e desta forma se ter humanização da assistência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, J.M. et al. Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto. *Reme: Rev. Min. Enferm.*, Belo Horizonte, v. 19, p. 711-718, 2015.
- BENEFIELD, L.E. Implementing evidence-based practice in home care. *Home Healthc Nurse*, v. 12, p. 11-804, 2003.
- BEYEA, S.C, NICOLL, L.H. Writing an integrative review. *AORN J.*, v. 67, p. 877-80, 1998.
- BORGES, M.R. et al. As práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher: uma estratégia de humanização da assistência no hospital Sofia Feldman. *Rev Min Enferm.*, v. 15, p. 13-105, 2015.
- BRASIL Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento. Editora MS; 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao normal parto. Editora MS; 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto Humanização no Pré-natal e nascimento. Editora MS; 2002.
- CAMACHO, E.N.P.R. et al. Conhecimento e aplicabilidade dos métodos não farmacológicos utilizados pelos enfermeiros obstetras para alívio da dor no trabalho de parto. *Revista Nursing*, São Paulo, v. 22, p. 3193-3198, 2019.
- DIAS, E.G. et al. Eficiência de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal. *Enferm. Foco*. v. 9, p. 35-39, 2018.
- GALVÃO, C.M. et al. A busca das melhores evidências. *Rev Esc Enferm USP.*, v. 37, p. 43-50, 2003.
- GAYESKI, M.E.; BRUGGEMANN, O.M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 19, p. 774-782, 2010.
- LIMA, P.C. et al. A vivência de adolescentes assistidas por enfermeiros obstetras durante o processo de parturição. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 7 p. 1823, 2017.
- LOBIONDO, W.G.; HARBER, J. Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice. 6ª ed. St. Louis (USA): Mosby/Elsevier; 2006.
- MARINS, R.B. et al. Care techniques for pain relief in birthing. *Rev Fun Care Online*. v.12, p. 276-281, 2020.
- MELNYK, B.M. Finding and appraising systematic reviews of clinical interventions: critical skills for evidence-based practice. *Pediatric Nurs*; v. 29, p. 9-147, 2003.
- MOTTA, S.A.M.F. et al. Implementação da Humanização da Assistência ao Parto Natural. *Rev enferm UFPE*, Recife, v. 10, p. 9-593, 2016.
- OLIVEIRA, A.S. et al. Technology used by companions in labor and childbirth: a descriptive study. *Online brazilian journal of nursing*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 36-45, 2014.
- OLIVEIRA, J. D. G. et al. Obstetric nurses' perception in assistance to the parturient. *Rev. Enferm. UFPE*. v. 10, p. 75-3868, 2016.
- POLIT, D.F; BECK, C.T. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins, p. 457-94, 2006.
- ROCHA, F.A.A. et al. Cuidado no parto e nascimento: percepção de puérperas. *Rev Rene*. v. 16, p. 9-782, 2015.
- SHIRVANI, M.A.; GANJI, Z. The influence of cold pack on labour pain relief and birth outcomes: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs.*, v. 23, p. 2473-2479, 2014.
- SILVA, L.F. et al. Adesão às boas práticas obstétricas: construção da assistência qualificada em maternidades-escolas. *Rev baiana enferm.*, v. 35, p. 37891, 2021.
- SILVA, L.M. et al. Using the Swiss ball in labor. *Acta Paul Enferm.*, São Paulo, v. 24, p. 656-662, 2011.
- SILVA, M. R. B. et al. Tecnologias não invasivas: Conhecimento das mulheres para o protagonismo no trabalho de parto. *Revista Nursing*, São Paulo, v.23, p. 3729-3735, 2020.
- SILVA, N. V. et al. Health technologies and their contributions to the promotion of breastfeeding: an integrative literature review. *Cienc Saúde Coletiva*, v.24, p.589-602, 2019.
- TAAVONI, S. et al. Birth ball or heat therapy? A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management. *Complement Ther Clin Pract.*, v. 24, p. 99-102, 2016.
- VIEIRA, B.C. et al. Applying best practices to pregnant women in the obstetric center. *Rev. Bras. Enferm*. v. 72, p. 6-191, 2019.
- WHITTEMORE, R. Combining evidence in nursing research: methods and implications. *Nurs. Res*. v. 54, p. 56-62, 2005.
- WHITTEMORE, R; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. v. 52, p. 53-546, 2005.

# CAPÍTULO 8

## **VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: PANORAMA BRASILEIRO**

**VANESSA PEREIRA CORRÊA<sup>1</sup>**  
**CAROLINE LUCHTEMBERG<sup>2</sup>**  
**JULIA BERTO<sup>2</sup>**  
**ROSECLEIA LOPES KACZMAREK<sup>2</sup>**  
**ELOISA ALVES BORGES<sup>2</sup>**  
**SANDRA APARECIDA MANENTTI<sup>3</sup>**  
**ARIETE INÊS MINETTO<sup>3</sup>**

1. Residente – Universidade do Extremo Sul Catarinense.
2. Discente – Universidade do Extremo Sul Catarinense.
3. Docente – Universidade do Extremo Sul Catarinense.

**Palavras-chave:**

*Violência; Violência Doméstica; Assistência Integral à Saúde*



## INTRODUÇÃO

A violência é entendida como uma forma de restrição de liberdade de uma pessoa ou de um grupo, inferindo as mesmas ofensas físicas ou morais, utilizando força física, psicológica ou intelectual para obrigar a realizar algo contra a sua vontade, impedindo a pessoa de manifestar a sua vontade, sob pena de sofrer agressões físicas ou até mesmo a morte. Logo, a violência é uma forma de coagir, de obrigar uma pessoa a viver sob o seu domínio, impedindo que ela possa realizar os seus direitos essenciais de manifestação de vontade, ocorrendo então uma violação aos seus direitos fundamentais de ser humano (OPAS, 2021).

Historicamente a violência contra as mulheres está muito relacionada com o fato de as mulheres serem vistas como propriedade ou um objeto de posse daquele que a detém, devido ao sistema patriarcal que por muito tempo foi o sistema mundial global, trazendo até hoje para sociedade, a desigualdade de gênero, dando a ilusão de direito aos homens de punir as suas mulheres caso elas não tenham cumprido com suas exigências. Infelizmente, apesar de hoje, existirem leis e normas que garantem direitos às mulheres, a questão da violência contra as mulheres ainda continua enraizada na humanidade, como uma forma de violação dos direitos humanos em todo o mundo (IMP, 2021).

No Brasil, em 2006 foi publicada a Lei n. 11.340, mais conhecida como a Lei Maria da Penha, que trouxe mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra as mulheres, e em seu artigo 7º, incisos I ao V, traz 05 (cinco) tipos de violência contra a mulher que pode ocorrer no âmbito doméstico e familiar, são elas: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.

O objetivo desse capítulo é descrever um panorama brasileiro sobre a violência contra a mulher a partir de uma visão sobre os tipos de violência, dados epidemiológicos e políticas públicas e sociais.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa realizada no período de setembro e outubro de 2021, por meio de pesquisas em bases de dados científicos, documentos oficiais e relatórios/notas técnicas com dados epidemiológicos sobre a violência de gênero. Foram inclusos dados relacionados apenas o Brasil, exceto fatos históricos que foram globais. A revisão foi realizada por dois pesquisadores independentes e um terceiro participou em caso de discordância sobre os textos avaliados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação aos tipos de violência, como citado anteriormente, são cinco tipos: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral – descritos abaixo com referência no Instituto Maria da Penha (IMP).

A violência física é entendida como qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal, como exemplo, espancamento, estrangulamento ou sufocamento, atirar objetos, sacudir e apertar os braços, chutes, tortura física, ferimentos causados por queimaduras ou armas de fogo, bem como, lesões acometidas por objetos cortantes ou perfurantes.

Já a violência psicológica pode ser entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e

decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.

A violência sexual é compreendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

A violência patrimonial é entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades.

E por fim, a violência moral é compreendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria, por exemplo, acusar a mulher de traição; emitir juízos morais sobre a conduta; fazer críticas mentirosas; expor a vida íntima; rebaixar a mulher por meio de xingamentos que incidem sobre a sua índole.

Neste contexto, essas formas de agressão não ocorrem de formas isoladas umas das outras, e trazem inúmeros agravos à saúde da mulher, incluindo mortes por homicídios, suicídios ou a grande presença da ideação suicida, além das doenças sexualmente transmissíveis, doenças cardiovasculares e dores crônicas,

bem como, riscos obstétricos, perdas fetais e baixo peso ao nascer, sendo que qualquer uma delas constitui um ato de violação dos direitos humanos (NEME *et al.*, 2021).

Em relação aos dados, apresentamos abaixo, uma síntese dos dados coletados na “Nota Técnica Violência Doméstica durante a Pandemia de COVID-19” (FORUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020) e no Atlas da Violência de 2021 (CERQUEIRA *et al.*, 2021).

No Brasil, os dados apontam que até 2019, 3.737 mulheres foram assassinadas no país, ficando abaixo do número do ano de 2018, o que vem mostrando um bom resultado, mas ainda preocupante já que teve um aumento expressivo no registro de Mortes Violentas por Causa Indeterminada (MVCI). O DATASUS aponta que 3.737 mulheres foram assassinadas no país em 2019, outras 3.756 foram mortas de forma violenta no mesmo ano, mas sem indicação da causa, um aumento de 21,6% em relação ao ano anterior.

Os estados que tiveram um aumento de taxa de homicídios de mulheres foram, Alagoas, Sergipe, Amapá, Santa Catarina e Rondônia, e um aumento significativo na taxa de mortes violentas por causa indeterminada (MVCI) foram Ceará e Rio de Janeiro, o que gera uma estranha incerteza, pois os estados onde encontramos um número de redução das taxas de homicídio feminino foram também em Ceará, Rio de Janeiro e em Roraima.

Desde o ano de 2009 até o ano de 2019 houve uma redução expressiva nos casos de homicídios de mulheres, mas apesar do Brasil ter apresentado essa diminuição no número de casos, em 14 UF (unidades federativas do Brasil) das 27 (inclusive DF) tiveram um aumento da violência contra a mulher. Os aumentos mais expressivos foram registrados nos estados do Acre, Rio Grande do Norte, Ceará e

Amazonas, enquanto as maiores reduções aconteceram no Espírito Santo, em São Paulo, no Paraná e no Distrito Federal (-41,7%).

Também precisa ser apontado que no ano de 2019, 66% das vítimas eram mulheres negras, portanto, o risco de uma mulher negra ser vítima de violência é maior do que de uma mulher não negra, essa tendência vem sendo verificada durante anos, de acordo com o IBGE em 2009, a taxa de mortalidade de mulheres negras era 48,5% superior à de mulheres não negras, e onze anos depois a taxa de mortalidade de mulheres negras é 65,8% superior à de não negras. Os estados que apresentaram maior risco letal (a violência letal contra a mulher pode ser considerada o resultado e extremo de uma série de violências sofridas.) de mulheres negras foram Rio Grande do Norte, Amapá e Sergipe e os três estados que mostraram menor risco foram os estados do Sul do Brasil, sendo eles Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul.

Em uma visão geral, em 2019 as maiores taxas de homicídios de mulheres estavam no Rio Grande do Norte, Amapá, Sergipe e as menores taxas se encontravam nos estados de Paraná, Mato Grosso do Sul, Roraima.

Uma análise feita dos últimos onze anos indica que, enquanto os homicídios de mulheres nas residências cresceram entre o ano de 2009 e 2019, os assassinatos fora das residências apresentaram redução no mesmo período, indicando um provável crescimento da violência doméstica. E com a chegada do novo Coronavírus, esse crescimento se intensificou mais.

Em março de 2020 com a intensificação da pandemia do COVID-19, todos tiveram que aderir ao isolamento, nomeada como “quarentena”, apesar de ser uma medida muito efetiva e necessária, o isolamento trouxe diversas crises, na saúde, na educação, na economia e na

vida de milhares de mulheres, tendo que permanecer junto ao agressor mais tempo. Apesar do início da pandemia, os casos de violência doméstica tiveram uma queda significativa em comparação ao mesmo mês (março) de 2019, os estados que apresentaram a maior queda foram Ceará, Acre, São Paulo e no Rio Grande do Sul.

Embora o artigo mostre que no início da pandemia não houve um aumento de casos de nenhuma violência e nem de denúncias, outro estudo nos mostra que ao longo da pandemia as violências e ameaças voltaram a surgir. O tipo de violência mais frequentemente relatado foi a ofensa verbal, como insultos e xingamentos, seguido de agressão física, ameaças, empurrões, violência sexual, lesões por objetos atirados, espancamento ou estrangulamento e por último esfaqueamento ou tiro, e na maioria dos casos as agressões acontecem dentro da sua própria casa, ficando atrás na rua e em festas/baladas.

Os autores das violências sofridas são conhecidos das mulheres, com destaque para os cônjuges/companheiros/namorados, seguido de ex-namorados/companheiros/conjugues e por fim família (pai, padrasto, madrastas, mães). Dados apontam que a cada minuto, 8 mulheres apanharam no Brasil durante a pandemia do novo coronavírus.

Embora a ocorrência de violência contra a mulher seja um fato de ampla gravidade, por muitas décadas, pouco falava-se sobre o tema. até poucas décadas era tratada como uma problemática da vida privada. Talvez pelo fato de as relações assimétricas de poder entre os gêneros envolverem "uma situação de subordinação e de dominação das mulheres, tanto na esfera pública como na privada" (FARAH, 2004, p. 48), a violência contra a mulher apenas recentemente passou a ser compreendida como um problema público que

demanda políticas efetivas para seu enfrentamento. A inclusão da temática da violência contra a mulher na agenda de políticas públicas, só se deu através de movimentos feministas, que se organizaram para lutar contra a opressão feminina, para reivindicar por direitos de cidadania e pelo fim da violação dos direitos humanos das mulheres (VIGANO, 2019; BIGLIARDI *et al.*, 2016).

Durante o processo de anistia política, iniciada em 1979, os movimentos feministas brasileiros voltaram a se fortalecer, pressionando as organizações políticas a criarem o primeiro Conselho Estadual da Condição Feminina, fundado em 1983, no Estado de São Paulo (MASSUNO, 2002). Em 1985 foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher-CNDM, vinculado ao Ministério da Justiça, que e tinha como missão promover e monitorar a criação e manutenção de Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher - DEAMs e de Casas-Abrigo (BRASIL, 2004).

No mesmo ano de criação do CNDM, foi criada a primeira Delegacia de Defesa da Mulher. No ano seguinte, em 1986, foi criada no Estado de São Paulo, a primeira Casa Abrigo para proteção de mulheres em risco de morte. Serviço este, vinculado à Secretaria de Segurança Pública (SILVEIRA, 2006). Estas foram as primeiras políticas de Estado de promoção e proteção das mulheres, conquistadas pela luta feminista e que serviram de base para as demais políticas deste campo (BRASIL, 2004).

Com a Constituição de 1988, se estabeleceu formalmente o princípio de igualdade em direitos e deveres entre homens e mulheres e assegura mecanismos para coibir a violência: "O Estado assegura a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações" (BRASIL, 1988).

De 1985 a 2002, o principal eixo da política de enfrentamento à violência contra a mulher foi a criação de Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher e de Casas-Abrigo, tendo como principal eixo a assistência social e a segurança pública. Em 2002, a Secretaria de Estado de Direitos da Mulher (SEDIM), vinculada ao ministério da Justiça, criou o Programa Nacional de Combate à Violência contra a Mulher, que tinha o mesmo foco que a política anterior. Esta política foi ampliada em 1998, quando foi elaborada a Norma Técnica do Ministério da Saúde para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual. Em 24 de Novembro de 2003, foi promulgada a Lei 10.778/0 que instituiu "a notificação compulsória dos casos de violência contra as mulheres atendidos nos serviços de saúde, públicos ou privados" (BRASIL, 2004 p. 6).

Em 2003 foi criada a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SPM), que possui status de Ministério e está vinculada à Presidência da República. Com a criação desta Secretaria, a política de enfrentamento à violência contra a mulher foi ampliada, assim como foram ampliados os investimentos e a criação de novos serviços como os Centros de Referência e as Defensorias da Mulher e a criação de Redes de Atendimento. Em 2004, foi elaborado o Plano Nacional de Políticas para Mulheres, para consolidação do Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, no período de 2004 a 2007, incluindo diferentes setores do Estado na promoção de garantias de direitos das mulheres (BRASIL, 2006).

Em 2012, o Superior Tribunal Federal decidiu que a Lei Maria da Penha pode ser aplicada mesmo sem denúncia da vítima e a violência doméstica contra as mulheres passou a ser punida mesmo sem a manutenção da denúncia pela vítima, ou seja, qualquer pessoa

pode comunicar a agressão à polícia e ao Ministério Público que pode denunciar o agressor mesmo contra a vontade da mulher.

Em agosto de 2013 foi sancionado o Decreto nº 8.086, que institui o Programa Mulher Viver sem Violência, objetivando integrar e ampliar os serviços públicos voltados às mulheres em situação de violência, proporcionando a articulação da rede dos serviços do âmbito da saúde, da justiça, da rede socioassistencial e da promoção da autonomia financeira. Este Programa integra a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e as ações de implementação do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.

Em 2013 foi instituído o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, que aprofundou as políticas anteriores incluindo ações para promoção da Igualdade no mundo do trabalho e autonomia econômica; Educação para igualdade e cidadania; Saúde integral das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; Enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres; Fortalecimento e participação das mulheres nos espaços de poder e decisão; Desenvolvimento sustentável com igualdade econômica e social; Direito à terra com igualdade para as mulheres do campo e da floresta; Cultura, esporte, comunicação e mídia; Enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia; Igualdade para as mulheres jovens, idosas e mulheres com deficiência (BRASIL, 2013).

Em 2015 foram instituídas as primeiras casas da Mulher Brasileira, que integram no

mesmo espaço serviços especializados para os mais diversos tipos de violência contra as mulheres e acolhe crianças de 0 a 12 anos de idade, em abrigo temporário de curta duração (até 24h). A 1ª Casa da Mulher Brasileira foi inaugurada em 03/02/15, em Campo Grande/MS.

No campo jurídico, em 2015 as políticas de enfrentamento à violência contra a mulher ganharam maior força, com a sanção da Lei do Feminicídio - Lei 13.104/ 2015 que altera o Código Penal e Lei 8.072/90 (Lei de crimes hediondos) e passa a considerar o Feminicídio como homicídio qualificado (no rol de crimes hediondos) quando o crime for praticado contra a mulher por razões da condição de sexo feminino. A pena será aumentada de 1/3 até a metade se for praticado: durante a gravidez ou nos 3 meses posteriores ao parto; contra pessoa menor de 14 anos, maior de 60 anos ou com deficiência; na presença de ascendente ou descendente da vítima.

## CONCLUSÃO

O presente estudo apresentou os principais tipos de violência, os dados recentes e as questões políticas e sociais transversais ao tema. Para o enfrentamento da violência contra a mulher, é necessário integrar conhecimentos produzidos nas diversas ciências. É um tema sensível, que trata da violação dos direitos das mulheres e tem sua origem em múltiplos determinantes e suas raízes na construção sócio-histórica e cultural de relações assimétricas de poder entre gêneros.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIGLIARDI, A. M. et al. O impacto das políticas públicas no enfrentamento à violência contra a mulher: implicações para a Psicologia Social Comunitária. *Boletim – Academia Paulista de Psicologia*, v. 36, p. 262, 2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília DF., 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.html](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.html). Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL. Lei n.º 11.340 de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e dá outras providências. Brasília DF., Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm). Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília DF., 2013. Disponível em: [https://oig.cepal.org/sites/default/files/brasil\\_2013\\_pnm.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/brasil_2013_pnm.pdf). Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, Brasília DF., 2004. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>. Acesso em: 20 out. 2021.

CERQUEIRA, D. *et al.* Atlas da Violência 2021 — São Paulo: FBSP, 2021.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. *Revista Estudos Feministas*, vol. 12, p. 47, 2004.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Nota Técnica Violência Doméstica durante a Pandemia de COVID-19, 2020. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/violencia-domestica-covid-19-v3.pdf>. Acesso em: 15 out. 2021.

INSTITUTO MARIA DA PENHA. Tipos de Violência, 2021. Disponível em: <https://www.institutomariadapenha.org.br/lei-11340/tipos-de-violencia.html>. Acesso em 20 out. 2021.

MASSUNO, E. Delegacia de Defesa da Mulher: uma resposta à violência de gênero. Humanitas. São Paulo SP., 2002.

NEME, C. *et al.* Visível e Invisível: A Vitimização de Mulheres no Brasil, 2021.

PAHO. Violência contra as mulheres, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>. Acesso: 21 dez. 2021.

SILVEIRA, L. P. Serviços de Atendimento a mulheres vítimas de violência IN: DINIZ, S., SILVEIRA, L. e MIRIM, L., organizador. Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005) - alcances e limites. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006.

VIGANO, S. M & FERNANDES, M. H. L. Mulheres, políticas públicas e combate à violência de gênero. *História (São Paulo)* [online]. v. 38, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-4369e2019054>. Acesso em: 15 out. 2021.

# CAPÍTULO 9

## SORORIDADE FEMININA CULTIVADA PELO MOVIMENTO FEMINISTA COM ENFOQUE EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL

**BEATRIZ MASSONI REQUEJO<sup>1</sup>**  
**BRUNO RISSO VENTURELLI<sup>1</sup>**  
**FERNANDA MARCHESANI SCHWARZ<sup>1</sup>**  
**HELDER JUNIO DE OLIVEIRA ALMADA<sup>1</sup>**  
**JESSICA LARA LAZZARI DUCAS<sup>1</sup>**  
**JONAS AMSEI SALOIO<sup>1</sup>**  
**JOSE HUGO INAMONICO<sup>1</sup>**  
**LIGIA LUCHETTI<sup>1</sup>**  
**LUCIANA MARIA CARMONA MENDES<sup>1</sup>**  
**MARIA PAULA RABELO GOMES<sup>1</sup>**  
**THAYS SILVA RODRIGUES<sup>1</sup>**  
**BRUNO FONTES YOUNG<sup>2</sup>**  
**CAROLINE DE ABREU NOCERA ALVES<sup>3</sup>**  
**HUGO EDUARDO DE MEDEIROS PEIXOTO COLETI<sup>4</sup>**  
**JANAINA CADIZ CHIRI<sup>5</sup>**

1. Discente em Medicina – Universidade de Franca (Unifran).
2. Discente em Medicina – Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) – Campus Guarujá
3. Residente de Pediatria no Hospital Santa Casa de Franca.
4. Discente em Medicina – Centro universitário Barão de Maua (BM).
5. Discente em Medicina – Centro Universitário Municipal de Franca (UniFACEF).

**Palavras-chave:**

*Feminismo; Violência Contra as Mulheres; Violência de Gênero*



## INTRODUÇÃO

O feminismo é um conceito criado no século XIX a partir de movimento filosófico, social e político que elucida a luta pela igualdade de gêneros, e, conseqüentemente maior representatividade e participação da mulher na sociedade e fora, a priori, representado pela feminista francesa Olympe de Gouges, em 1789 em seu livro “declaração dos direitos da mulher e da cidadã”; contudo, no Brasil, tal movimento só começou a ganhar representatividade em 1932, ano em que a mulher ganhou direito de voto. Vale ressaltar que o feminismo contemporâneo ganhou maior visibilidade em 1990, voltado para questão central de decisões sobre o próprio corpo e o aborto, marcado, por exemplo, “por meu corpo, minhas regras” (BEAUVOIR, 2019).

Já, atualmente, é marcado pela sororidade; sinônimo feminino que compreende a relação de irmandade, união ou afeto entre mulheres que compartilham os mesmos ideais e propósitos de teor feminista e com apoio mútuo evidenciado.

Nesse sentido, o termo violência é definido pela ação ou efeito de empregar força física ou intimidação moral; e no contexto de violência de gênero contra a mulher, o ato ilegal de força ou poder; que em contemporaneidade machista é sustentado pela desigualdade de poder entre os gêneros. Portanto, torna-se necessário evidenciar que a violência sexual inclui: estupro, o uso da força contra vítima para realizar atividade contra vontade desta; acuação, o comportamento de assédio junto ameaça de causar danos; assédio sexual, a solicitação de favores sexuais e a violência em ambiente domiciliar e em locais de trabalho (SADOCK *et al.*, 2017)

Nesse seguimento, o assédio costuma ocorrer, mais frequentemente em local de trabalho

e é feito por linguagem abusiva, jogos sexuais, olhares e mensagens e muitas vezes não há prestação de queixa devido medo de retaliação ou perder o emprego. Já, em ambiente doméstico, por parte do conjugue ou familiares pode ser subdivida em abuso de baixa e alta gravidade, de tal forma que há lesões, golpes ou pequenos cortes e lesões físicas, mecânicas ou químicas de maior repercussão clínica, respectivamente. Ambas têm como fator de risco, a relação íntima estabelecida entre vítima e agressor, em especial se este faz uso de substâncias psicoativas, devido vínculo emocional e ou convivência diária (SADOCK *et al.*, 2017) E que em ambos, os casos, a perpetuação daquelas violências correlaciona-se com uma situação de poder sobre a mulher na condição de dependência da mulher seja emocional ou por questões socioeconômicas.

Já, o estupro de forma premeditada por conjugues ou parceiros sexuais esporádicos ou até mesmo por desconhecidos, é uma condição frequente, mas que não é registrada em 50%, que predomina na faixa etária dos 25 aos 45 anos, predominantemente na raça branca e em agressores que fazem uso de álcool (SADOCK *et al.*, 2017)

Vale destacar que os agressores neste tipo de crime, são caracterizados como: sádico sexual, o qual se excita com a dor da vítima; predador explorador, o qual acredita que a parceira não consentiria o ato sexual por vontade própria e é obcecado com fantasias sexuais e aquele em que o crime é uma expressão deslocada de raiva e fúria (MELEIRO, 2018)

De acordo com estudos, no Brasil, em 2010, havia 442 serviços de saúde para atendimento de violência sexual e, já, 60 nos quais se destinavam a serviços especializados para atendimento de procedimentos correlacionados à violência sexual previstos em lei (FACURI *et al.*, 2013)

O primeiro contato com serviço é realizado por enfermeiros, os quais realizam encaminhamentos de acordo com o tipo de violência. Sendo que em segundo momento, são avaliadas concomitantemente por enfermeiros e médicos de tal forma a classificar as ocorrências em dois tipos distintos de acordo com o intervalo de tempo transcorrido entre a agressão e o contato com serviço de saúde: A primeira, imediata pode ter duração de até cinco dias após a violência sexual; já, a tardia, após cinco dias da agressão sexual. Ressaltando que, após, este atendimento de emergência, as pacientes são encaminhadas para atendimento ambulatorial com equipe multiprofissional por, no mínimo, seis meses (FACURI *et al.*, 2013)

Nessa perspectiva, embora os diferentes tipos de violência sexual; nos dias atuais, com a modernidade promovida pelo avanço tecnológico vive-se sob o risco da homogeneização daquelas com perpetuação de uma ordem patriarcal de gênero com perpetuação da mulher como principal vítima devido conceitos abstratos de que sua personalidade, vestes, comportamento ou demais fatores justifiquem o machismo e conseqüentemente o ato de violência exercido pelo gênero masculino com ideologias machistas abusivas (BEAUVOIR, 2019). Assim o sendo, a relação social ultrapassa a ética e moral e a necessidade de movimentos feministas com parceira do sistema de saúde e judiciário tornam-se necessários para elaboração de medidas de prevenção, proteção e cuidado de vítimas e de penalização, respectivamente.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura. As informações relacionadas ao caso clínico foram obtidas por meio de relato de experiência.

A busca por referencial teórico ocorreu nas plataformas digitais: Scielo e LILACS, bem como sustentando por bibliografia de Psiquiatria e leis jurídicas a fim de elucidar a importância do reconhecimento do agressor sexual e o impacto de políticas de atendimento, proteção e defesa das vítimas de violência sexual e seu impacto na redução da incidência e prevalência de casos; assim como, das consequências deste evento na Psique da vítima. Foram utilizados os descritores: Feminismo; Violência contra as mulheres; Violência de gênero.

Os resultados foram mimetizados em texto e buscavam caracterizar o impacto dos eventos de violência sexual contra a mulher, que estão mais propensa ao desenvolvimento de sintomas psiquiátricos como estresse pós traumático, depressão, somatizações, tentativa de suicídio, uso de substâncias psicoativas e de contraírem infecções sexualmente ativas; torna-se de suma importância elucidar o ataque com o ambiente intra ou extrafamiliar, vínculo entre vítima e agressor e rede de apoio social da paciente visto que a identificação destes fatores pode auxiliar na estruturação e qualificação do atendimento e penalização do agressor; visto que os números de casos deste tipo de violência são crescentes e as sequelas emocionais e comportamentais da vítima tem impacto, majoritariamente, permanente na vítima após o ataque.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A repercussão clínica da violência sexual tem repercussão na paciente de forma a resultar em sequelas de diferentes graus, os quais variam de acordo com indivíduo de tal forma a reduzir a saúde física e mental e conseqüentemente aumentar as demandas de serviço de saúde. Sintomas físicos comuns associados à abuso sexual, incluem: perda de apetite, recor-

rência de lesões de diferentes graus, pesadelos, descarga vaginal, compulsão alimentar, comportamento bulímico e diarreia e outros sintomas incluem ansiedade, baixo autoestima, transtorno gastrointestinal funcional, cefaleia, dor crônica e múltiplos sintomas somáticos (TORRES *et al.*, 2012).

Nessa perspectiva, as sequelas mais comumente registradas são: transtorno de estresse pós-traumático, transtornos do humor, abuso de substâncias, transtornos alimentares e disfunção social (SADOCK *et al.*, 2017) Assim o sendo, torna-se necessário elucidar que o apoio social é de extrema valia para pacientes que sofreram situações de abuso sexual e repercute positivamente no prognóstico da paciente de tal modo que reduz a gravidade daquelas sequelas e a reintrodução de uma rotina saudável com reintegração das funções cotidianas de vida diária (TORRES *et al.*, 2012).

O atendimento médico é majoritariamente para tratamento de lesões, de tal modo que torna imprescindível que o médico reconheça a natureza destas para caracterizar o ato agressivo e tomar as devidas medidas legais, previstos no código penal a partir de 1940, pela padronização da norma técnica do atendimento emergencial nas primeiras 72 horas após violência que tem como finalidade o acolhimento e administração de anticoncepção e profilaxia para infecções sexualmente transmissíveis o que leva ao médico realizar um exame com que levam a necessidade de realizar um exame, que deve ser explicado ao paciente antes de seu início e feito sob ritmo do paciente, com kit de estupro, documentação fotográfica e registro de preocupações legais (TORRES *et al.*, 2012) Contudo, vale ressaltar que estas situações exigem que a paciente reviva a agressão recente de tal forma que se torna essencial que o médico estabeleça uma

relação de confiança para reduzir estresse e ansiedade da vítima e, concomitantemente, com avaliação da segurança daquela quanto à ideação suicida e homicida. Caso, a avaliação demonstre avaliação de segurança para si mesma ou outrem negativa cabe a hospitalização, a qual é indicada caso: lesões médicas graves, qualidade suicida ou homicida, sintomas dissociativos ou psicóticos, instabilidade de humor ou desregulação afetiva, comportamento autodestrutivo e continuidade de ameaça grave para vida ou bem-estar da paciente (SADOCK *et al.*, 2017).

Nesse sentido, o médico pode direcionar seu atendimento de tal modo como apresentado na **Figura 9.1**.

Portanto, cabe ao médico promover segurança, terapia ambiental, estabilização do humor e de medicamentos como cuidado primário às vítimas. Porém, provavelmente, o tratamento deva ser prolongado com necessidade de cuidado ambulatorial nas questões psiquiátricas, médicas e de assistência social antes da alta hospitalar (SADOCK *et al.*, 2017) Quanto ao tratamento farmacológico para TEPT, depressão, ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo psicose ou situações emergenciais; aquele não substitui o tratamento psicoterápico, o qual pode ser feito por terapia de exposição, a qual ajuda no processamento emocional e reduz a evocação de medo em situações que evocam o evento violento; e por demais, como: em grupo, arteterapia, dançaterapia, musicoterapia e abordagens voltadas para o corpo (MELEIRO, 2018)

Lembrando que, apesar do tímido percentual de denúncias, apesar de ser uma obrigatoriedade de notificação compulsória; a violência sexual é cada vez mais reportada, de modo que afeta 12 milhões de pessoas, a cada ano em todo o Mundo. Nos EUA, calcula-se que aconteça uma agressão sexual a cada 6 minu-

tos e, também, que uma em cada 4 mulheres experimentou contato sexual não consentido durante período da infância ou adolescência (DREZETT, 2003)

Figura 9.1 Cartão de referência para médicos mediante casos de abuso sexual

**IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA COM BASE NAS DIRETRIZES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PARA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DA AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION**

Se você tratar mulheres, seja em consultório particular, seja no hospital, há uma grande possibilidade de que esteja tratando algumas pacientes vítimas de violência doméstica.

A árvore de decisão a seguir foi elaborada para ajudá-lo a avaliar o risco que o paciente corre de sofrer violência doméstica e oferecer o auxílio necessário para quem dele necessita.

**Identificação de vítimas de violência doméstica**

Embora muitas mulheres vítimas de abuso não ofereçam informações espontaneamente, elas falarão sobre o assunto se forem perguntadas de forma simples e direta, sem julgamentos de valor e com garantia de confidencialidade. *A paciente deve ser entrevistada sozinha, sem a presença do parceiro.*

Você pode fazer um preâmbulo: "Como violência é muito comum na vida de muitas mulheres, passei a fazer perguntas de rotina sobre violência". Então, pode fazer uma pergunta direta, como: "Em algum momento seu parceiro bateu, chutou ou machucou você de alguma maneira ou a amedrontou?".

**EM CASO DE RESPOSTA AFIRMATIVA, SUGEREM-SE AS SEGUINTE MEDIDAS:**

1. **Encoraje a paciente a falar sobre o assunto:**  
"Você gostaria de falar sobre o que aconteceu?"  
"Como se sente a respeito do que aconteceu?"  
"O que gostaria de fazer a respeito?"
2. **Escute sem fazer julgamento de valor:**  
Isso tem dois propósitos: iniciar o processo de cura para a mulher e lhe dar uma ideia de que tipo de encaminhamento ela precisa.
3. **Valide a situação:**  
Vítimas de violência doméstica com frequência sofrem incredulidade dos outros, e o medo que relatam não ganha a devida importância. O médico pode expressar apoio por meio de frases simples como:
  - ▶ "Você não está sozinha."
  - ▶ "Você não merece ser tratada desse jeito."
  - ▶ "Não é sua culpa."
  - ▶ "Você não está louca."
  - ▶ "O que aconteceu com você é crime."
  - ▶ "Existe ajuda para você."
4. **Documente:**
  - ▶ As queixas e os sintomas da paciente, bem como os resultados da observação e da avaliação (queixas devem ser descritas nas palavras da paciente sempre que possível).
  - ▶ A história médica e traumatológica completa da paciente e a história social relevante.
  - ▶ Uma descrição detalhada das lesões, incluindo tipo, quantidade, tamanho, localização, resolução, possíveis causas e explicações fornecidas.
  - ▶ Uma opinião sobre se as lesões eram inconsistentes com a explicação da paciente.
  - ▶ Resultados de todos os procedimentos laboratoriais pertinentes e outros procedimentos diagnósticos.
  - ▶ Fotografias em cores e estudos de imagens, caso aplicáveis.
  - ▶ Se a polícia for chamada, o nome do investigador e a ação tomada (a polícia deve ser chamada apenas ante a solicitação da paciente ou se ela apresentar uma lesão que deva ser denunciada).
5. **Avalie o perigo para a sua paciente:**  
Avalie a segurança de sua paciente antes que ela deixe as instalações médicas. Os determinantes de risco mais importantes são o nível de medo da mulher e sua avaliação quanto à sua segurança imediata e futura. Discutir os seguintes indicadores com a paciente pode ajudá-lo a determinar se ela corre risco crescente:
  - ▶ aumento na frequência ou na gravidade das agressões
  - ▶ aumento de ameaças ou novas ameaças de homicídio ou suicídio do parceiro
  - ▶ ameaças a seus filhos
  - ▶ presença ou disponibilidade de arma de fogo
6. **Proporcione o encaminhamento a tratamento adequado e apoio:**
  - ▶ Trate as lesões da paciente conforme o indicado. Ao receitar medicamentos, tenha em mente que substâncias que atrapalham a capacidade da paciente de proteger a si mesma ou de fugir de um parceiro violento podem colocar sua vida em perigo.
  - ▶ Se sua paciente corre perigo iminente, determine se ela tem amigos ou familiares com quem possa ficar. Caso não haja essa opção, pergunte se ela deseja acesso imediato a um abrigo para mulheres que sofreram violência. Caso não haja abrigos disponíveis, ela pode ser internada no hospital?
  - ▶ Caso ela não tenha acesso imediato a um abrigo, ofereça informações por escrito sobre abrigos e outros recursos na comunidade. Lembre-se de que pode ser perigoso para ela ter posse dessas informações. Não insista se ela demonstrar relutância em fazê-lo.
  - ▶ Dê à paciente o número telefônico da linha direta para violência doméstica local ou a linha direta para violência doméstica gratuita. Pode ser mais seguro para sua paciente se você escrever o número em um receituário em branco ou em um cartão de consultas. Você pode dar a ela a oportunidade de telefonar de uma linha privada em seu consultório.

**EM CASO DE RESPOSTA NEGATIVA OU SE A PACIENTE NÃO FALAR SOBRE O ASSUNTO:**

1. **Esteja atento para achados clínicos que podem indicar abuso:**
  - ▶ lesões na cabeça, pescoço, torso, seios, abdome ou genitália
  - ▶ lesões bilaterais ou múltiplas
  - ▶ demora entre início da lesão e busca por tratamento
  - ▶ explicação inconsistente com o tipo de lesão
  - ▶ qualquer lesão durante a gravidez, especialmente no abdome ou nos seios
  - ▶ história anterior de traumatismo
  - ▶ sintomas de dor crônica para os quais não há etiologia aparente
  - ▶ sofrimento psicológico, como depressão, ideação suicida, ansiedade e transtornos do sono-vigília
  - ▶ um parceiro que parece ser superprotetor ou que não deixa a mulher sozinha
2. **Se algum dos sinais clínicos anteriores estiver presente, é apropriado fazer perguntas mais específicas. Certifique-se de que o parceiro da paciente não esteja presente.** Alguns exemplos de perguntas que podem fornecer mais informações sobre a situação são:
  - ▶ "Parece que alguém a machucou. Pode me contar como aconteceu?"
  - ▶ "Às vezes, quando as pessoas fazem uma consulta com sintomas físicos como os seus, descobrimos que pode haver problemas em casa. Estamos preocupados que alguém possa estar machucando ou abusando de você. Isso está acontecendo?"
3. **Se a paciente responder SIM:**  
Consulte as sugestões para avaliação e tratamento que começam no outro lado deste cartão.  
**Se a paciente responder NÃO:**  
Se a paciente negar abuso, mas você tiver uma forte suspeita de que ele esteja ocorrendo, pode lhe dizer que seu consultório pode fornecer encaminhamento para programas locais, se ela decidir explorar essa opção no futuro.
  - ▶ Você pode escrever o número da linha direta para violência doméstica em um receituário em branco ou em um cartão de consultas.

*Não julgue o sucesso da intervenção pela ação da paciente.* Uma mulher corre maior risco de lesão grave ou mesmo homicídio quando tenta deixar um parceiro abusivo, e pode ser que ela leve um longo tempo até finalmente poder fazê-lo. É frustrante para o médico quando uma paciente permanece em uma situação de abuso. Fique tranquilo, pois, se você reconheceu e validou sua situação e ofereceu os encaminhamentos adequados, fez o que pôde para ajudá-la.

Nessa diretriz, visto que existem diferentes tipos de abuso sexual, torna-se necessário a aliança entre sistema de saúde e judiciário a fim de reduzir as taxas de incidência e prevalência de casos; o qual pode ser feito por meio de políticas públicas de educação sexual; proteção física, como artes marciais voltada para autodefesa; aumento de linhas telefônicas ou sociais de denúncia; campanhas de proteção as vítimas; campanha em ambientes de trabalho sobre abuso sexual e suas penalidades e demais medidas.

## CONCLUSÃO

Como cidadão ético, torna-se inerente reconhecer o feminismo, um movimento criado em meio à números crescentes de caso de violência e submissão ao gênero masculino; e perceber que surgiu em um século marcado pela existência da mulher sem a sua representatividade; onde ela não tinha o direito de ir e vir; escolher suas vestes ou quem dirá suas próprias palavras. Assim o sendo, vivíamos enraizadas em uma cultura onde a mulher era “recatada e do lar” marcada pela ideia da fertilidade, matrimônio e reprodução de tal modo que a mulher tinha sua existência extinta de direitos quanto a si mesma.

Quanto ao século atual, onde todas as mulheres, constitucionalmente, têm os mesmos direitos que o gênero masculino; a desigualdade permanece crônica; e com enfoque para a violência sexual; há abuso da relação entre vítima e agressor, especialmente, quando este pertence ao círculo social da vítima, seja por relação de consanguinidade e ou afetivo-amorosa. Tal abuso, que acontece, diariamente, e diversas vezes é subnotificado ainda pelo medo do parceiro ou desacreditado pela perso-

nalidade da vítima; de tal forma que o papel do gênero masculino ainda representa poder. Assim o sendo, como mulher, no século 20, torna-se inerente o feminismo, pois: os direitos conquistados, constitucionalmente, devem ser enfim posto à prática, onde ambos os gêneros terão mesmo poder sobre si mesmo; e consequentemente, seu corpo.

Vale ressaltar que o feminismo, é sustentado por questão social e individual embora sofra influência constante de outrem a partir da união feminina, a sororidade; que luta pela igualdade de gêneros – e que esta deveria ser reconhecida como essencial para que o aprendizado sobre educação sexual ultrapasse barreiras de práticas de sexo seguro ou anatomia do aparelho reprodutor; mas como, também, para o respeito entre gêneros, o qual inclui erradicar a violência sexual.

Nesse sentido, o conhecimento adquirido de Psiquiatria, torna-se necessário para o entendimento do contexto social e emocional de uma situação de violência sexual, suas repercussões em desenvolvimento de sintomas psiquiátricos e a melhor abordagem prática para aplica-los, futuramente, em um atendimento de violência de tal modo que devera-ei-ser pregado a visão longitudinal, ou seja, como um todo da vítima, que vai além de suas alterações clínicas de tal modo que ela requer cuidados individuais e que a melhor conduta é aquela que promove o cuidado, este, pregando o bem estar, que de acordo com a Organização Mundial de Saúde, vai além do conceito de saúde física e mental.

Nessa diretriz, o conhecimento teórico e prático sobre violência sexual e sua aplicabilidade, durante consultas, é inerente ao médico; contudo, só é adequado, qualificado e completo quando possibilitam que profissional

pregue o cuidado, como um todo, reconhecendo a individualidade do paciente. Portanto, a conduta médica, seja o médico de gênero feminino ou masculino, requer a igualdade de

gênero, a ausência de julgamento e reconhecimento de que a erradicação de julgamentos quanto à liberdade da mulher sobre sua personalidade e como esta à expressa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEAUVOIR, S. O segundo sexo. Comemorativa. Ed. [s.l.]: nova fronteira, 2019.

DREZETT. Violência sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde reprodutiva. Revista de psicologia da unesp, botucatu, v. Ii, n. 1, 2003.

FACURI, C. D. O. et al. Violência sexual: artigo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no estado de são paulo, brasil. Scielo, campinas, 5 maio 2013.

MELEIRO, a. Psiquiatria - estudos fundamentais. [s.l.]: guanabara koogan, 2018.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. Compêndio de psiquiatria - ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11ª. Ed. Porto alegre: artmed, 2017.

TORRES ET AL. Compêndio de clínica psiquiátrica - usp. Barueri: manole, 2012.

# CAPÍTULO 10

## DEFICIÊNCIA NUTRICIONAL DE VITAMINA D, B12 E IODO EM GESTANTES, CAUSAS, COMPLICAÇÕES E CONSEQUÊNCIAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

**ALERRANDRO DE PAULA CARVALHO BARBOSA<sup>1</sup>**  
**THALES FIGUEREDO E SILVA<sup>1</sup>**  
**ANA CLARA MARTINS COSTA<sup>1</sup>**  
**SARAH KELLY PAIM RESENDE<sup>1</sup>**  
**THAMYRES FIGUEREDO SILVA<sup>2</sup>**

1. Discente – Curso de Medicina da Universidade de Vassouras.
2. Médica Generalista – Graduada pela Universidade Federal de São João Del-Rei.

**Palavras-chave:**  
*Deficiência Nutricional; Gravidez*



## INTRODUÇÃO

A deficiência nutricional durante a gestação é um quadro cada vez mais comum entre as mulheres grávidas. Na maioria dos casos ocorre a deficiência em Iodo acometendo aproximadamente 80% das gestantes (HAY *et al.*, 2019). Em vitamina D, foi observado uma deficiência nutricional que atinge aproximadamente 20 a 40% das grávidas (BACA *et al.*, 2016). E por fim foi observado uma deficiência nutricional em vitamina B-12 entre 12-30% das gestantes (FINKELSTEIN *et al.*, 2017). Sendo estes os casos mais comuns. O estudo teve por objetivo analisar as principais causas e consequências das deficiências nutricionais de vitamina D, B-12 e Iodo em pacientes gestantes e as complicações para a mãe e a criança.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa realizada no período de maio e junho de 2021. por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed e BVS (Biblioteca virtual em saúde). Foram utilizados os descritores: “deficiency diseases” e “pregnancy” na PubMed e “deficiências nutricionais e “gravidez” na BVS. Desta busca foram encontrados 11.865 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês, português e espanhol; publicados no período de 2016 a 2021 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo ensaios clínicos, os ensaios de controle randomizados e estudos observacionais, disponibilizados na íntegra e gratuitamente. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, revisões sistemáticas, rela-

tos de caso, artigos que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 22 artigos, que foram submetidos a uma avaliação categórica restando 10 artigos, que foram lidos e tendo assim, dois estudos sido descartados após leitura completa e constatada a irrelevância dos mesmos. No fim foram selecionados 08 artigos para a coleta de dados e a composição deste estudo. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando as principais e mais recorrentes causas da deficiência dos respectivos nutrientes tanto na mãe quanto no concepto e as suas consequências. Através de uma análise acerca das deficiências de vitamina D, B-12 e Iodo durante a gestação.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O organismo feminino sofre modificações fisiológicas durante a gestação, que provocam o aumento da necessidade dos nutrientes. Seja em uma escala de micro ou macronutrientes, a ausência ou a suplementação inadequada destes nutrientes podem ocorrer em uma competição entre mãe e feto pela disponibilidade dos nutrientes necessários ao adequado crescimento fetal e manutenção basal do organismo da mãe. Logo, entende-se que a literatura é consensual ao reconhecer que o estado nutricional materno é indicador de saúde e qualidade de vida tanto para a mulher quanto para o crescimento do seu filho. Neste estudo foram abordados as deficiências nutricionais de vitamina D, B-12 e Iodo durante a gestação.

A suplementação adequada de vitamina D durante a gravidez é de extrema importância porque a vitamina D difunde-se pela placenta e é transferida para o recém-nascido; como resultado, deficiência materna irá se traduzir em

deficiência neonatal (CASEY *et al.*, 2018). A função regular da vitamina D é manter a homeostase de cálcio-fosfato (CASEY *et al.*, 2018). Todavia evidências crescentes sugeriram várias ações extra-esqueléticas da vitamina D relacionadas a algumas condições crônicas, incluindo doenças cardiovasculares, obesidade, síndrome metabólica, alguns tipos de câncer e doenças autoimunes (DONG *et al.*, 2019). Porém foi observado que a deficiência de vitamina D aumenta os riscos de formas graves e leves de eclâmpsia e pré-eclâmpsia (BACA *et al.*, 2016). A pré-eclâmpsia continua sendo a segunda causa mais comum de morte materna em todo o mundo (BOYLE *et al.*, 2016).

No caso da vitamina B-12 sua deficiência é amplamente prevalente em muitos países de baixa e média renda, especialmente onde a dieta é pobre em origem animal. Embora muitos estudos observacionais mostrem associações entre a deficiência de B12 na gravidez e a função cognitiva do bebê (incluindo memória, linguagem e habilidades motoras), as evidências dos ensaios clínicos são esparsas e inconclusivas (NAGPAL *et al.*, 2020)

O iodo é um micronutriente que foi identificado como essencial para o neurodesenvolvimento fetal ideal (DAHL *et al.*, 2018). As necessidades de iodo aumentam para mulheres durante a gravidez devido à necessidade de um aumento na produção de hormônios tireoidianos maternos, a transferência de iodo para o feto e aumento da depuração renal (DAHL *et al.*, 2018) O iodo na forma de hormônio tireoideano é necessário em todos os estágios do desenvolvimento do cérebro do feto e, portanto, um estado de iodo gestacional adequado é importante e necessário para o desenvolvimento normal do cérebro do feto e do recém-nascido (HAY *et al.*, 2019). A deficiência materna de iodo, predominantemente no

primeiro trimestre da gravidez, tem sido associada ao desenvolvimento precário persistente e de longo prazo da criança, particularmente com referência ao desenvolvimento cognitivo, de linguagem e motor (DAHL *et al.*, 2018). A deficiência de iodo é agora reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a causa evitável mais comum de danos cerebrais (DAHL *et al.*, 2018)

### **Análise da deficiência nutricional de vitamina D**

Para a análise dos casos de deficiência de vitamina D foi utilizado uma coorte elegível de 12.861 mulheres que tiveram soro coletado de rastreamento de aneuploidia em Pittsburgh, Pensilvânia, de 1999 a 2010, foi amostrado aleatoriamente uma subcoorte de 2327 gestações e todos os casos de pré-eclâmpsia restantes (n = 650 casos). A pré-eclâmpsia (definida como hipertensão e proteinúria de início recente) e suas formas leve e grave foram identificadas usando os códigos CID-9. O soro materno coletado com 20 semanas ou menos de gestação foi medido para 25 (OH) D. Foi usado então a regressão log-binomial com splines cúbicos restritos para estimar a associação entre 25 (OH) D e pré-eclâmpsia após o ajuste para fatores de confusão (BACA *et al.*, 2016)

Deste modo foi conferido que aproximadamente 21% da amostra selecionada aleatoriamente tinha 25 (OH) D inferior a 50 nmol/L. Descobriu-se então que o risco ajustado de pré-eclâmpsia diminuiu conforme a 25 (OH) D sérica aumentou para 50 nmol/L e, em seguida, estabilizou (teste de não linearidade  $P < 0,05$ ). As taxas de risco de pré-eclâmpsia ajustadas (intervalos de confiança de 95%) para 25 (OH) D inferior a 25 nmol/L, 25 a 49,9 nmol/L e 50 a 74,9 nmol/L foram 2,4 (1,2-4,8), 1,1 (0,69- 1,7), e 1,3 (0,89-1,8), respecti-

vamente, em comparação com aqueles com 25 (OH) D 75 nmol/L e acima. Associações semelhantes foram observadas com pré-eclâmpsia leve e grave. Evidenciando a relação do aumento dos riscos de pré-eclâmpsia com a deficiência de vitamina D (BACA *et al.*, 2016)

### **Análise da deficiência nutricional de vitamina B-12**

Mulheres grávidas que participaram de um ensaio de suplementação de vitamina B12 em Bangalore, Índia, foram randomizadas para receber vitamina B12 (50 µg) ou suplementação de placebo diariamente durante a gravidez até 6 semanas após o parto. Todas as mulheres receberam 60 mg de ferro e 500 µg de ácido fólico diariamente durante a gravidez, de acordo com o padrão de atendimento. Esta análise prospectiva foi conduzida para determinar as associações entre os biomarcadores maternos de vitamina B12 (ou seja, vitamina B12 plasmática, ácido metilmalônico (MMA) e tHcy) durante cada trimestre com o status de vitamina B12 infantil (n = 77) às 6 semanas de idade (FINKELSTEIN *et al.*, 2017)

No início do estudo ( $\leq 14$  semanas de gestação), 51% das mães eram deficientes em vitamina B12 (vitamina B12  $< 150$  pmol / l) e 43% tinham estado de vitamina B12 prejudicado (vitamina B12  $< 150$  pmol / l e MMA  $> 0,26$  µmol / l); 44% das crianças eram deficientes em vitamina B12 às 6 semanas de idade. Após o ajuste para a suplementação de vitamina B12, concentrações mais altas de vitamina B12 em cada trimestre foram associadas a concentrações aumentadas de vitamina B12 em bebês e menor risco de deficiência de vitamina B12 em bebês (P  $< 0,05$ ). Após o ajuste para a suplementação de vitamina B12, bebês nascidos de mulheres com deficiência de vitamina B12 tiveram um risco duas vezes

maior de deficiência de vitamina B12 (P  $< 0,01$ ). Concentrações mais altas de folato materno também previram menor risco de deficiência de vitamina B12 em bebês (P  $< 0,05$ ). O estado de vitamina B12 materno prejudicado, que combinava biomarcadores circulantes e funcionais, foi o melhor preditor individual do estado de vitamina B12 em bebês. Portanto, concluindo diretamente a existência da relação de hereditariedade da deficiência de B-12 (FINKELSTEIN *et al.*, 2017)

### **Análise da deficiência nutricional de Iodo**

Na análise da deficiência de Iodo foi observado que quando a deficiência de iodo durante a gestação é grave, há um impacto negativo global no neurodesenvolvimento e na forma grave de deficiência intelectual causada pela insuficiência do iodo e identificada como cretinismo. Aproximadamente 5% a 10% das mulheres grávidas com insuficiência de iodo grave dão à luz uma criança com cretinismo. Nessas localidades mundiais com cretinismo endêmico, há também outra coorte de crianças (5% –15%) que são identificadas como subcretinas, que também têm funcionamento intelectual prejudicado com um QI de 50–69. Para não subestimar a importância dos programas preventivos de iodo para eliminar o cretinismo e subcretinismo, pode ter indiretamente o efeito de conceituar a deficiência gestacional de iodo (DGI) como uma condição associada mais a locais na extremidade inferior do desenvolvimento econômico e conseqüentemente sofrem com a redução de QI em seus conceitos, derivado da deficiência gestacional de iodo. Em contraste com a deficiência grave de iodo, a deficiência de iodo intrauterino leve a moderada tem conseqüências cognitivas e psicossociais permanentes mais sutis, mas importantes na prole (HAY *et al.*, 2019)

Houve várias meta-análises que investigaram a relação entre o impacto da deficiência gestacional de iodo (DGI) e o desempenho consequente das crianças nas medidas de quociente de inteligência (QI). Bleichrodt e Born relataram uma lacuna de QI de 13,5 pontos entre os participantes identificados com DGI, em comparação com seus pares identificados como não deficientes em iodo. Meta-análises mais recentes também observaram uma lacuna de QI variando de 6,9 pontos de QI a 10,2 pontos de redução de QI, dependendo do nível de deficiência de iodo fetal para crianças menores de cinco anos de idade. Qian e colegas em sua meta-análise de estudos chineses também relataram uma redução variando de 4,8 pontos de QI a 12,5 pontos de QI, dependendo do estado de iodo gestacional das crianças (HAY *et al.*, 2019).

Aceitando que uma avaliação de QI é um procedimento válido para investigar a insuficiência de iodo, tem havido, no entanto, um interesse crescente em pesquisas que investiguem a insuficiência de iodo que incorpora uma gama mais ampla de procedimentos de avaliação. Em particular, em contraste com a deficiência de iodo grave, onde há um impacto negativo global clinicamente evidente no neurodesenvolvimento, o impacto do DGI leve e leve a moderado é considerado como tendo uma manifestação mais sutil, mas identificável na prole (HAY *et al.*, 2019).

## CONCLUSÃO

A principal causa de deficiências de vitamina D, B-12 e Iodo observadas nos estudos ocorreu em decorrência das dificuldades de acesso a esses nutrientes, devido às especificidades de alimentos que os contém ou no caso

da vitamina D à necessidade intrínseca de exposição diária a luz solar. Como consequência os estudos abordaram que as doenças nas mães e nos bebês, em grande proporção, afetam a sociedade como um todo. Foi evidenciada a deficiência em Iodo acometendo aproximadamente 80% das gestantes (HAY *et al.*, 2019). Em vitamina D, uma deficiência nutricional que atinge aproximadamente 20 a 40% das grávidas (BACA *et al.*, 2016). E por fim uma deficiência nutricional em vitamina B-12 que acomete entre 12-30% das gestantes (FINKELSTEIN *et al.*, 2017). Sendo estes os casos mais comuns. A partir disso fica evidenciada a necessidade da abordagem desse cenário como um problema de saúde pública pelos governos locais. As principais complicações foram observadas através de efeitos nas crianças como: em casos que a mãe possui deficiência em iodo, há um déficit de 13 pontos de QI na criança, também pode ocorrer um cretinismo ocasionado pela deficiência do iodo durante a gestação (HAY *et al.*, 2019). As mães com deficiência de B-12 transmitem hereditariamente essa característica para seus conceitos (FINKELSTEIN *et al.*, 2017). E por fim, foi percebido que as mães sofrem de pré-eclâmpsia derivada da deficiência em vitamina D e entre outras comorbidades (BACA *et al.*, 2016). Conclui-se que as deficiências nutricionais de vitamina D, B-12 e Iodo em mulheres grávidas é, em sua maioria, um resultado de problemas sociais e econômicos. Deste modo, o acompanhamento médico aliado à boa assistência dos serviços sociais do Estado, possuem vital importância para promover a saúde dessas mães e de seus filhos. Em especial no caso da população de gestantes socialmente e economicamente vulneráveis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BACA, K.M. *et al.* Low maternal 25-hydroxyvitamin D concentration increases the risk of severe and mild preeclampsia. *Annals of Epidemiology*. p. 853-857, 2016.

BOYLE, V.T. *et al.* The relationship between 25-hydroxyvitamin D concentration in early pregnancy and pregnancy outcomes in a large, prospective cohort. *British Journal of Nutrition*, p. 1409-1415, 2016.

CASEY, C. *et al.* Maternal vitamin D and markers of glycaemia during pregnancy in the Belfast centre of the Hyperglycaemia and Adverse Pregnancy Outcome study. *Diabetic Medicine*, p. 972-979, 2018

DAHL, L. *et al.* Iodine Deficiency in a Study Population of Norwegian Pregnant Women—Results from the Little in Norway Study (LiN), v. 10, p. 513, 2018.

DONG, B. *et al.* A relação entre vitamina D e resistência à insulina antes do parto em idade materna avançada. *Reproductive Biology Endocrinology*, v. 17, p. 108, 2019.

FINKELSTEIN, J.L. *et al.* Vitamin B12 status in pregnant women and their infants in South India. *European journal of clinical nutrition*, v. 71(9), p. 1046–1053, 2017.

HAY, I. *et al.* Mild-to-Moderate Gestational Iodine Deficiency Processing Disorder. The Assessment and Prevention of Gestational Iodine Deficiency and Its Adverse Fetal Consequences: A Focus on Mild Iodine Deficiency, v. 11, p. 1974, 2019.

NAGPAL, J. *et al.* Efficacy of maternal B12 supplementation in vegetarian women for improving infant neurodevelopment: protocol for the MATCOBIND multicentre, double-blind, randomised controlled trial. *BMJ Open*, v. 10, 2020.

# CAPÍTULO 11

## ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA MORTALIDADE POR NEOPLASIAS VULVARES NO BRASIL ENTRE OS ANOS DE 2015 E 2019

**FERNANDO DE PAIVA MELO NETO<sup>1</sup>**  
**ANA CLARA RUFINO SAMPAIO MENDES<sup>1</sup>**  
**MARINNA KARLA DA CUNHA LIMA VIANA<sup>1</sup>**  
**CAMILA MELO DE FREITAS<sup>2</sup>**  
**CARLA LARISSA CUNHA SOTTOMAIOR<sup>3</sup>**  
**CLAUDIANE DE PAIVA ALVES ZANELATTO<sup>4</sup>**  
**FREDERICO AUGUSTO OLIVEIRA TEIXEIRA<sup>5</sup>**  
**GIOVANNA ALVES DE SOUZA<sup>6</sup>**  
**MARIA EDUARDA ARAÚJO TOMAZ DE LIMA<sup>7</sup>**  
**MARYANNE MARTIM FURTADO LACERDA<sup>7</sup>**  
**RHAIMEI IZORAI GONÇALVES BARBOSA<sup>8</sup>**  
**RODRIGO DE OLIVEIRA RIOS<sup>9</sup>**  
**SUZANA CÁSSIA FELTRIN ALVES<sup>10</sup>**  
**VICTÓRIA ELLEN DE ALMEIDA MORAIS<sup>11</sup>**

1. Discente – Medicina do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ).
2. Discente – Medicina da Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis (FPME).
3. Discente – Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal (ESCS).
4. Médica formada pela Universidad Nacional Ecológica da Bolívia.
5. Discente – Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).
6. Discente – Medicina da Universidade Cidade de São Paulo (UNICID)
7. Discente – Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE).
8. Discente – Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
9. Médico formado pela Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS).
10. Discente – Medicina Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.
11. Discente – Medicina da Universidade Nove de Julho Unidade Vergueiro de São Paulo.

**Palavras-chave:**

*Neoplasias Vulvares; Epidemiologia; Mortalidade*

## INTRODUÇÃO

Um dos principais agentes causadores de morte prematura e incapacidade em todo o mundo é o câncer, principalmente no sexo feminino. É uma crise de súbito aumento em países de baixa e média renda, em que a epidemiologia majoritária tende a migrar de patologias infecciosas para patologias crônicas não transmissíveis (GINSBURG *et al.*, 2017).

O câncer vulvar é uma neoplasia maligna rara, representando a quarta malignidade ginecológica (4%) mais comum nos Estados Unidos e na Europa, com incidência anual de 2,5 – 4,4 por 100.000 pessoas por ano e mediana de idade ao diagnóstico de 69 anos (WOHLMOTH & WOHLMOTH-WIESER, 2019). Todavia, essa patologia vem aumentando progressivamente em países ocidentais, sobretudo em mulheres entre 50-60 anos de idade, estando relacionado à mudança de hábitos sexuais e ao aumento da infecção pelo papilomavírus humano (HPV) (BORELLA *et al.*, 2020).

O tipo histológico mais comum de neoplasia vulvar é o carcinoma de células escamosas (80%), seguido por carcinoma basocelular e melanoma vulvar. Outros subtipos também podem estar presentes, como doença de Paget vulvar, adenocarcinoma de glândula de Bartholin, tumores neuroendócrinos e sarcomas (BORELLA *et al.*, 2020).

O carcinoma de células escamosas está relacionado a duas vias de oncogênese. A primeira está associada ao HPV, estando mais presente em mulheres mais jovens, geralmente entre a terceira e quinta décadas de vida. Já a segunda via surge em dermatoses crônicas, como o líquen escleroso e o líquen plano, e é típica de mulheres idosas. Outros fatores de risco também são reconhecidos para a

patologia, como tabagismo, alto número de parceiros sexuais e imunodepressão (BORELLA *et al.*, 2020).

No mundo, os agentes infecciosos causadores de câncer mais importantes são *Helicobacter pylori* (36,3%) e HPV (31,1%), seguidos pela hepatite B (16,3%) e hepatite C (7,1%). Em geral, acredita-se que o HPV seja responsável por mais de 90% dos cânceres anal e cervical, cerca de 70% dos cânceres vaginais e vulvares e mais de 60% dos cânceres de pênis. Nos EUA, os HPVs de alto risco causam 3% de todos os cânceres em mulheres e 2% de todos os cânceres em homens, e cerca de 44.000 novos casos de cânceres associados à infecção por HPV são encontrados anualmente, e cerca de 34.800 desses cânceres são terminais (SZYMONOWICZ & CHEN, 2020). Apesar da alta incidência de câncer relacionado ao vírus, uma sobrevida global de 5 anos de 83% foi relatada para câncer vulvar tipo carcinoma de células escamosas (CV-CCE) HPV-positivo em comparação com 48% para CV-CCE HPV-negativo ou com mutação de TP53 (BORELLA *et al.*, 2020).

Apesar de a infecção pelo HPV ser a principal causa, não está relacionada apenas ao câncer cervical. Também, está associado a verrugas na região anal-genital; bem como câncer de orofaringe, ânus, vagina, vulva e pênis. É de suma importância que intervenções preventivas sejam asseguradas de forma a promover o rastreamento e tratamento das mulheres acometidas por neoplasias vulvares. Com o advento das vacinas contra o HPV, ocorreu o fornecimento de um método de prevenção eficaz que necessita majoritariamente da estrutura logística que uma campanha de vacinação requer (PARKHURST & VULIMIRI, 2013).

Entretanto, há uma parcela das mulheres que possui oportunidades reduzidas para o acesso a intervenções que de fato são as salvadoras do não aparecimento de neoplasias vulvares devido residirem em áreas de poucos recursos, onde a implementação da vacinação contra o HPV é prejudicada por ainda ser limitada. Além disso, essas regiões podem sofrer com a baixa disponibilização de ações de rastreamento, detecção e terapêutica precoce. Por esse motivo, diversos países, incluindo os com sistemas de saúde enfraquecidos, lutam para resistir ao rápido aumento de doenças não transmissíveis, entretanto ainda sofrem com elevados índices de mortalidade oriundas de doenças infecciosas (GINSBURG *et al.*, 2017).

Aproximadamente 60% dos cânceres vulvares são diagnosticados em um estágio inicial, 28% apresentam disseminação de linfonodos regionais e 6% com doença metastática à distância. A expectativa de vida em 5 anos varia de 85,5% dos cânceres em estágios iniciais a 20,3% dos casos com metástases à distância (BORELLA *et al.*, 2020).

O cenário da neoplasia vulvar é único em diversas vertentes, já que se contextualiza com duas demandas distintas: prevenção do HPV, sendo caracterizada como uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) e prevenção e terapêutica de quadros clínicos de câncer cervical, uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT). As ISTs usualmente são de forte cunho político devido à moralização da conduta sexual e a mácula das infecções sexuais. Em contrapartida, a neoplasia vulvar usualmente é atrelada a mulheres de idade mais avançada que não possuem acesso a serviços de saúde que sejam pautados no diagnóstico o mais brevemente possível e tratamento imediato. As condições

mais acometidas de câncer cervical possivelmente irão gerar constrangimento ou estigmatização para o sujeito, porém com menos estima referente a culpa ou padronização do desempenho sexual individual (PARKHURST & VULIMIRI, 2013).

Já se tratando do perfil de idade, em países com recursos, vem ocorrendo um aumento nos níveis de incidência na idade entre 30 e 35 anos, estagnando-se ao longo das idades, possivelmente consequentemente à implementação de ações eficazes objetivando o rastreamento do câncer do colo do útero (GINSBURG *et al.*, 2017).

A idade em que a paciente se encontra quando é dado o diagnóstico de neoplasia cervical invasiva depende do tempo de exposição aos subtipos de HPV oncogênicos e do período latente entre a exposição, displasia cervical e demais fatores que alteram o risco de avanço para patologia invasiva, de acordo com o que foi caracterizado no molde de diversos estágios de carcinogênese. Após a exposição a um subtipo de HPV oncogênico, a chance de progressão para câncer vulvar invasivo é diretamente relacionada à condição imunológica, que está intimamente associada ao tempo de convívio e a ao déficit imunológico sistêmico (GINSBURG *et al.*, 2017).

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo analisar a mortalidade das neoplasias vulvares, no período de 2015 a 2019, com o intuito de avaliar e comparar a mortalidade por câncer de vulva no Brasil e entre as regiões brasileiras.

## MÉTODOS

O presente trabalho é um estudo epidemiológico acerca da mortalidade por

Neoplasias Vulvares no Brasil, realizado através de dados fornecidos pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA). Acerca da coleta dos dados, foram utilizados os dados de mortalidade entre os anos de 2015 a 2019, no sexo feminino, acerca do Câncer de Vulva, sendo analisados os dados do Brasil e das cinco regiões brasileiras individualmente e de forma comparativa.

Outrossim, foi realizado um estudo de revisão sistemático qualitativo, no período de novembro a dezembro de 2021, através de artigos das bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), United States National Library of Medicine (PubMed) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Com relação aos artigos utilizados, foram selecionados através dos seguintes critérios de inclusão:

- Produções indexadas nas bases de dados BVS, PubMed e LILACS;
- Publicações entre 2004 e 2021;
- Publicações nos idiomas: português, inglês, espanhol;
- Trabalhos enquadrados através dos descritores retirados do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH): “Vulvar Neoplasms”, “Women's Health”, “Epidemiology”; “Mortality”, “Brazil”, e suas variações. Os quais foram utilizados de forma individual ou combinamos através dos operadores booleanos “AND” e “OR”;
- Estudos disponibilizados de forma gratuita e na íntegra.

Ademais, foram excluídos os artigos que não cumprissem algum dos critérios de inclusão, assim como, os estudos que não se correlacionaram com a temática em pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante dos dados coletados da plataforma do IBGE, constatou-se que a mortalidade proporcional não ajustada em mulheres no Brasil, em 2015 foi de 554.383 óbitos, sendo que 423 óbitos foram por câncer de vulva, totalizando 0,08%. Em 2016, o total de óbitos em mulheres foi de 572.359, destes, 414 foram por câncer de vulva, resultando em uma porcentagem de 0,07%. Em 2017, foram 577.573 óbitos em mulheres, sendo 431 por câncer vulvar, totalizando 0,07%. Em 2018, foram 582.457 óbitos em mulheres, de forma que 414 foram por câncer de vulva, totalizando 0,07%. Já em 2019, foram 603.726 óbitos em mulheres brasileiras, sendo que 452 foram ocasionados por câncer vulvar, chegando a marca de 0,07%.

Por conseguinte, a mortalidade proporcional não ajustada em mulheres na região Centro-Oeste, em 2015 foi de 33.636 óbitos, sendo que 21 foram por câncer vulvar, totalizando 0,06% dos casos. Ademais, em 2016, foram 33.629 óbitos, de maneira que 20 óbitos foram por câncer vulvar, totalizando 0,06%. Em 2017, foram 35.092 óbitos, sendo que 20 foram por câncer vulvar, totalizando 0,06%. Em 2018, foram 35.561 óbitos, sendo que 29 foram por câncer de vulva, totalizando 0,08%. Já em 2019, foram 37.017 óbitos, sendo que 31 óbitos foram causados por câncer vulvar, totalizando 0,08%.

Na região Nordeste, a mortalidade proporcional não ajustada em mulheres em 2015 foi de 145.113 óbitos, em 2015, sendo que 69 foram por câncer vulvar, totalizando 0,05% dos casos. Outrossim, em 2016, foram 147.900 óbitos, de maneira que 63 óbitos foram por câncer vulvar, totalizando 0,04%. Em 2017, foram 150.569 óbitos, sendo que 74 foram por câncer vulvar, totalizando 0,05%. Em 2018, foram 148.460 óbitos, sendo que 65 foram por

câncer de vulva, totalizando 0,04%. Já em 2019, foram 155.238 óbitos, sendo que 65 óbitos foram causados por câncer vulvar, totalizando 0,04%.

Na região Norte, a mortalidade proporcional não ajustada em mulheres, em 2015, foi de 29.911 óbitos, sendo que 11 foram por câncer vulvar, totalizando 0,04% dos casos. Além disso, em 2016, foram 30.313 óbitos, de maneira que 23 óbitos foram por câncer vulvar, totalizando 0,08%. Em 2017, foram 31.978 óbitos, sendo que 19 foram por câncer vulvar, totalizando 0,06%. Em 2018, foram 32.741 óbitos, sendo que 11 foram por câncer de vulva, totalizando 0,03%. Já em 2019, foram 33.379 óbitos, sendo que 11 óbitos foram causados por câncer vulvar, totalizando 0,03%.

Ademais, a mortalidade proporcional não ajustada em mulheres na região Sudeste, em 2015, foi de 260.953 óbitos, sendo que 243 foram por câncer vulvar, totalizando 0,09% dos casos. Em 2016, foram 270.429 óbitos, de maneira que 228 óbitos foram por câncer vulvar, totalizando 0,08%. Em 2017, foram 271.901 óbitos, sendo que 215 foram por câncer vulvar, totalizando 0,08%. Em 2018, foram 274.286 óbitos, sendo que 218 foram por câncer de vulva, totalizando 0,08%. Já em 2019, foram 284.851 óbitos, sendo que 248 óbitos foram causados por câncer vulvar, totalizando 0,09%.

E, na região Sul, a mortalidade proporcional não ajustada em mulheres, em 2015 foi de 84.770 óbitos, sendo que 79 foram por câncer vulvar, totalizando 0,09% dos casos. Em 2016, foram 90.088 óbitos, de maneira que 80 óbitos foram por câncer vulvar, totalizando 0,09%. Em 2017, foram 88.033 óbitos, sendo que 103 foram por câncer vulvar, totalizando 0,12%. Em 2018, foram 91.409 óbitos, sendo que 92 foram por câncer de vulva, totalizando 0,10%. Já em 2019, foram 93.241 óbitos, sendo que

97 óbitos foram causados por câncer vulvar, totalizando 0,10%.

Tendo em vista que o risco de desenvolvimento do câncer vulvar relaciona-se a aspectos comportamentais, reprodutivos, hormonais e genéticos, é importante fazer a relação com possíveis fatores de risco a fim de se realizar a prevenção e diagnóstico precoce (ARAÚJO *et al.*, 2017; BRASIL, 2016; PINTO, 2002). Entre os fatores de risco mais comuns, estão: idade, HPV, tabagismo, HIV, neoplasia intraepitelial da vulva, líquen escleroso, outros cânceres genitais, melanoma ou pintas atípicas, doenças inflamatórias crônicas vulvares e história de verrugas genitais (BRASIL, 2016). Assim, o câncer vulvar pode ser classificado em dois grupos de acordo com a predisposição fatores: o primeiro tipo se correlaciona com uma infecção por HPV e tabagismo, ocorrendo principalmente em pacientes mais jovens. O segundo grupo não está associado ao HPV e ocorre frequentemente em mulheres idosas sem desordens neoplásicas epiteliais (ALKATOUT *et al.*, 2015).

A idade mostrou-se diretamente proporcional à prevalência nas taxas de óbito decorrentes deste tipo de neoplasia, ratificando os achados da literatura, pois observou-se que a maioria das mulheres com carcinoma vulvar tem mais de 70 anos (SIEGLER *et al.*, 2016). Logo, quanto maior a expectativa de vida, maior os riscos de desenvolvimento do carcinoma, sendo uma patologia típica de mulheres na pós-menopausa, com incidência específica para idade aumentando com o aumento da idade (BRASIL, 2016; HACKER, 2015).

Em relação ao subtipo carcinoma invasivo também é mais diagnosticado após os 70 anos (BRASIL, 2021). Dessa forma, embora a localização externa da vulva deva encorajar a apresentação precoce, os cânceres vulvares costumam estar avançados no momento do

diagnóstico (HACKER, 2015). Todavia, é válido ressaltar, que apesar do câncer vulvar ainda é considerado como uma neoplasia da terceira idade, a incidência crescente foi impulsionada em grande parte por novos casos entre mulheres mais jovens, especialmente devido às mudanças no estilo de vida da população moderna (TROTT *et al.*, 2020).

O tabagismo foi outro fator de risco relacionado com o câncer vulvar pois o fumo atua facilitando a infecção pelo vírus HPV (BRASIL, 2016). Além disso, o tabagismo aumentou nas mulheres jovens, o que pode ter impulsionado a elevação do número de casos deste tipo de neoplasia em mulheres mais novas. O empoderamento do gênero feminino o tornou alvo para a indústria do tabaco, denotando a imagem do cigarro como símbolo de independência. Isso acarretou aumento da prevalência do tabagismo entre as mulheres, principalmente nas faixas etárias mais jovens, a partir de 1970 (BALIZA *et al.*, 2020).

Sob essa perspectiva, é importante destacar que a prevalência de tabagismo entre jovens das regiões Sudeste e Sul é maior do que a das regiões Norte e Nordeste. Isso evidencia que nas regiões mais urbanizadas há um aumento de consumo nas faixas etárias mais jovens. A maior prevalência de uso regular de cigarros foi encontrada em Porto Alegre (25,2%), seguida de Curitiba (21,5%), Belo Horizonte (20,4%) e São Paulo (19,9%). As menores prevalências são observadas em Aracaju (12,9%), Campo Grande (14,5%) e Natal (14,7%).

Com relação ao HPV, o mais comum é o tipo 16, que está presente em 75% a 90% dos casos. Em muitos casos há a coexistência de carcinoma vaginal ou cervical, carcinoma *in situ* ou condiloma acuminado, sugerindo um agente causal comum, provavelmente o HPV, mostrando a importância da prevenção com a

vacinação e o rastreio precoce. Por outro lado, quase metade dos cânceres vaginais estão associados a metástases de outros órgãos e quase metade do VAIN3 está associado a displasia cervical ou carcinoma anterior (SIEGLER *et al.*, 2016).

Com relação ao HPV e os índices de vacinação, de acordo com os índices epidemiológicos, o norte e nordeste lideram o ranking com os menores valores de imunização com duas doses para meninas, sendo o Acre o líder com apenas 33,6% do público-alvo vacinado, seguido por Rio Grande do Norte, com 46,2%, e em terceiro o estado do Pará, com 43,9%. Justificando, assim, os grandes valores de mulheres que contraíram o HPV. Entre os que mais se vacinaram, estão Paraná, com 72,7%, Minas Gerais, com 66,8%, e Santa Catarina, com 65,2%.

De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), a região Centro-oeste apresenta porcentagem média de 0,068%. Em 2015, essa região apresentou 15.296 no Mato Grosso do Sul, 16.977 no Mato Grosso, 36.871 em Goiás e 14.411 no Distrito Federal, resultando em um total de 83.555 óbitos. Já em 2019, segundo os dados do SIM, podemos evidenciar um aumento dos números de óbitos tanto na média por estados quanto da região. Sendo: 16.646 no Mato Grosso do Sul, 18.315 no Mato Grosso, 39.301 em Goiás, 14.804 no Distrito Federal e um total de 89.066 óbitos.

Nessa perspectiva, é válido destacar que entre os estados da região Goiás é o estado que apresenta os valores mais elevados de óbitos. Dentro dessa microrregião, é válido destacar que a incidência de mortalidade foi maior em mulheres pardas (50,86%), de baixa escolaridade (29,90%), solteiras (32,74%) e com faixa etária entre 50 e 59 anos (26,25%) (ARAÚJO *et al.*, 2017). Além disso, é possível correlaci-

onar o atraso vacinal contra HPV neste estado em comparação com à meta nacional, o que pode corroborar para o número expressivo de casos e óbitos (BRASIL, 2016).

Apesar do aumento regional progressivo, o total de óbitos no Centro-Oeste se equipara ao número de casos do Rio Grande do Sul (89.236) em 2019. Mesmo este estado constituindo o maior número de óbitos, a região Sul juntamente com a Sudeste lideram a posição como áreas com as maiores porcentagens (médias de 0,10% e 0,084%, respectivamente) de mortalidade causadas pelo câncer vulvar comparada com as causas de óbitos femininos. Alguns fatores contribuem para isso, como os índices de expectativa de vida e, consequentemente, o envelhecimento populacional das regiões Sul e Sudeste quando comparadas às demais regiões e o tabagismo.

Por fim, as regiões Norte e Nordeste apresentam uma contradição, pois mesmo possuindo os menores índices de mortalidade decorrentes do câncer de vulva, sendo 0,048% e 0,044%, respectivamente, apresentam os maiores valores referentes a mulheres infectadas pelo HPV. Como o prognóstico de pacientes com câncer vulvar é muito bom quando o tratamento conveniente é fornecido em tempo hábil, possivelmente essas regiões apresentam diagnóstico mais precoce. Vale frisar, que o envolvimento do nódulo inguinal e/ou femoral é o fator prognóstico mais significativo para a sobrevida em pacientes com doença vulvar (ALKATOUT *et al.*, 2015).

Diante dos achados do presente trabalho e dos dados encontrados na literatura, pode-se dizer que uma grande parcela de lesões vulvares pode ser evitada pela vacinação profilática contra o HPV. Embora o HPV-16 seja responsável pela maioria das amostras positivas para HPV, um número considerável de casos deveu-se a infecções únicas de outros tipos de

HPV. Esses resultados sugerem que a introdução da nova vacina não valente cobrindo uma gama mais ampla de genótipos de HPV tem o potencial de diminuir cada vez mais a incidência de lesões vulvares pré-cancerosas e consequentemente, o câncer vulvar (FABER *et al.*, 2017).

## CONCLUSÃO

O câncer vulvar é um grave problema de saúde feminina. Mesmo sendo considerado um câncer raro, é a quarta neoplasia maligna do trato geniturinário feminino mais comum nos EUA. Tem como principais fatores de risco a idade, o HPV, o líquen escleroso, tabagismo, comportamento sexual de risco e imunodepressão. Apesar do conhecimento de suas causas, o câncer de vulva enfrenta um forte estigma por se tratar de uma doença cuja uma das suas causas principais possui forte ligação com a transmissão de uma infecção sexualmente transmissível, o HPV, o qual é possível prevenir através de políticas públicas como a vacinação e tem seu desenvolvimento retardado através do rastreamento precoce. Como a maioria das neoplasias, um bom prognóstico depende da detecção e do tratamento precoce.

Dessa forma, o presente trabalho procurou analisar a mortalidade das neoplasias vulvares no Brasil em um período de 5 anos. Concluiu-se com este estudo que as maiores taxas de mortalidade se encontram na região Sudeste e Sul, as regiões mais desenvolvidas economicamente do país. Já as regiões Norte e Nordeste apresentaram baixa mortalidade no mesmo período.

Diante do exposto, é importante salientar que a facilitação do acesso à saúde e o planejamento de políticas públicas são importantes para a detecção precoce do câncer de vulva.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALKATOUT, I. *et al.* Vulvar cancer: epidemiology, clinical presentation, and management options. *International journal of women's health*, v. 7, p. 305, 2015.
- ARAÚJO, A. S. *et al.* Perfil da Mortalidade de Câncer do Colo do Útero no Centro-Oeste em 2015. *Revista Educação em Saúde. Anápolis*, v. 5, n. 2, 2017.
- BALIZA, A. S. *et al.* Tabagismo x Condições Ginecológicas—um estudo transversal. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 9, 2020.
- BORELLA, F. *et al.* Is There a Place for Immune Checkpoint Inhibitors in Vulvar Neoplasms? A State of the Art Review. *International Journal of Molecular Sciences*, 2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-do-colo-do-uterio/conceito-e-magnitude>. Acesso em: 29 dez. 2021.
- BRASIL. Orientações e Recomendações da FEBRASGO sobre Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo Uterino. FEBRASGO. São Paulo, v. 1, n. 2, 2016.
- FABER, M. T. *et al.* Prevalence and type distribution of human papillomavirus in squamous cell carcinoma and intraepithelial neoplasia of the vulva. *International journal of cancer*, v. 141, n. 6, p. 1161-1169, 2017.
- GINSBURG, O. *et al.* The global burden of women's cancers: an unmet grand challenge in global health. *The Lancet Journal*, [s. l.], v. 389, ed. 10071, p. 847-860, 25 fev. 2017.
- HACKER, N. F.; EIFEL, P. J.; VAN DER VELDEN, J. Cancer of the vulva. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 131, p. S76-S83, 2015.
- PARKHURST, J. O.; VULMIRI, M. Cervical cancer and the global health agenda: Insights from multiple policy-analysis frameworks. *Global Public Health*, [s. l.], v. 8, ed. 10, p. 1093-1108, 18 nov. 2013. DOI: 10.1080/17441692.2013.850524. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441692.2013.850524>. Acesso em: 17 dez. 2021.
- PINTO, A. P. Etiopatogenia do câncer vulvar. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*. Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, 2002.
- SIEGLER, E. *et al.* Vulvar and Vaginal Cancer, Vulvar Intraepithelial Neoplasia 3 and Vaginal Intraepithelial Neoplasia 3: Experience of a Referral Institute. *The Israel Medical Association journal: IMAJ*, v. 18, n. 5, p. 286-289, 2016.
- SZYMONOWICZ, K. A., CHEN, J. Biological and clinical aspects of HPV-related cancers. *Cancer Biology & Medicine*, 2020.
- TROTT, S. *et al.* Quality of life and associated factors after surgical treatment of vulvar cancer by vulvar field resection (VFR). *Archives of gynecology and obstetrics*, v. 302, p. 191-201, 2020.
- WOHLMUTH, C.; WOHLMUTH-WIESER, I. Vulvar malignancies: an interdisciplinary perspective. *Journal Der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 2019.

# CAPÍTULO 12

## FARMACOLOGIA NA GESTAÇÃO – DA DESCOBERTA AO PARTO

**ALAN DE JESUS PIRES DE MORAES<sup>1</sup>**

**DANIEL CURY OGATA<sup>2</sup>**

**LUIZA MOTA DA SILVA<sup>3</sup>**

**WELLINGTON SANCHEZ ABDOU<sup>4</sup>**

**AMANDA RAIMUNDO DA SILVA<sup>5</sup>**

**GABRIELA DE SOUZA<sup>5</sup>**

**GIULIA VERONICA GARCIA MAES<sup>5</sup>**

**MARIANA RAYSA BERNADINO<sup>5</sup>**

**TAYNA GYULIA DALLA GASPARINA<sup>5</sup>**

**LAÍS DALMOLINI<sup>5</sup>**

1. Docente - Doutor em Ciências do Movimento Humano, UDESC. Curso de Medicina, UNIVALI.
2. Docente – Médico patologista, diretor da clínica Infolaudo, mestre e doutor em cirurgia
3. Docente – Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas, UNIVALI. Curso de Medicina, UNIVALI
4. Docente – Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho, UNIVALI. Curso de Medicina, UNIVALI.
5. Discente – Medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

**Palavras-chave:**

*Farmacologia, Gestação, Parto*

## INTRODUÇÃO

A gestação é um período profundamente repleto de importantes reestruturações na vida da mulher englobando mudanças nas esferas biológicas, somáticas, psicológicas e sociais, representando uma vivência única e de completa vulnerabilidade. Nesse contexto, o período gestacional é considerado uma situação de alto risco, dada a maior exposição à ocorrência de danos pela mulher e pelo feto. Sendo que, os fatores de risco são condições ou aspectos biológicos, psicológicos ou sociais associados estatisticamente a maiores probabilidades futuras de morbidade ou mortalidade. Podem ser agrupados de acordo com as características individuais da mulher, seus comportamentos e estilos de vida, a influência das redes sociais e comunitárias, as condições de vida e trabalho e a possibilidade de acesso a serviços, relacionando-se com o ambiente mais amplo de natureza econômica, cultural e econômica (BRASIL, 2019) (PICCININI, 2008)

Nesse ínterim, no presente artigo haverá maior destaque para os fatores de risco associados aos cuidados em cenários hospitalares e uso de grupos específicos de medicamentos, os quais devem ser avaliados com cautela, considerando a segurança da mulher e do feto, uma vez que pode estar associada à ocorrência de aborto, prematuridade, morte neonatal, anormalidades fetais, entre outros (MALAGOLI, 2019)

Nessa perspectiva, ainda que a maioria das mulheres faça uso de medicamentos durante a gravidez, às informações de segurança na pré-comercialização para essa população são limitadas, frente à dificuldade na obtenção de dados referentes ao uso de medicamentos em gestantes durante os ensaios clínicos randomizados. Os dados de segurança disponíveis para gestantes advêm, usualmente, de estudos ob-

servacionais e notificações aos serviços de farmacovigilância que somente irão surgir após a comercialização e uso dos medicamentos por essa população. Logo, quando um novo medicamento é lançado no mercado, as informações iniciais disponíveis sobre seu uso durante a gestação referem-se basicamente aos estudos realizados em animais, sendo que a avaliação interespécies de teratogenicidade pode ser falha e pouco preditiva. Essa questão pode ser exemplificada pelo desastre ocorrido com a talidomida no final da década de 1950 e início da década de 1960. Esse medicamento utilizado, então, como sedativo e antiemético, foi muito indicado para controle de náuseas, comuns no primeiro trimestre da gestação, e, apesar da baixa toxicidade demonstrada em estudos envolvendo animais, o aumento significativo do número de bebês nascidos com malformações congênitas desencadeou novos estudos que comprovaram o efeito teratogênico do fármaco (MALAGOLI, 2019)

O objetivo deste estudo foi revisar de forma didática e integrativa a farmacologia envolvida na progressão do processo gestacional, destacando o uso de medicamentos teratogênicos, tratamento das principais doenças crônicas durante a gestação e a administração de fármacos inibidores e indutores do parto.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática realizada no período de agosto e dezembro de 2021, por meio de pesquisas nas bases de dados SciELO e PubMed. Foram utilizados os descritores: farmacologia, tocólise, teratogênicos, hipertensão gravídica e diabetes gestacional. Desta forma, foram encontrados 22 artigos, posteriormente submetidos a critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos no idioma português, inglês ou espanhol, publicados no período de 1979 a 2021 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção, restaram 19 artigos, que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas, abordando: danos relacionados ao uso de medicamentos durante a gestação, fatores envolvidos no uso seguro de medicamentos durante a gestação, medicamentos para diabetes e hipertensão durante a gestação, uso de tocolíticos para a inibição de partos prematuros e uso de fármacos indutores de parto.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Desde a tragédia da talidomida, até as consideráveis pesquisas relacionadas à teratogenicidade, cancela-se os inúmeros fatores que implicam na melhor administração de medicamentos norteados para o manejo da saúde na gestação, implica-se a determinação de um fármaco seguro tanto para mãe, quanto para o feto. Desse modo, com a admissão de novos fármacos, entende-se a necessidade da realização de estudos que promovam a quantificação do perfil de confiança em seu uso com as gestantes, considerando sempre optar por uma opção farmacológica já descrita e com segurança definida, contribuindo para uma melhor gestão do cuidado à gestante (MALAGOLI, 2019)

Nesse ínterim, corrobora-se o manejo realizado pelos profissionais de saúde, pois em

muitos casos, possuem limitação em sua atuação, devido ao desconhecimento das mulheres perante sua gestação, bem como, a não realização de ações preventivas e de segurança antes da administração de determinados medicamentos que possam prejudicar a saúde dessa mulher. Logo, tal período contribui para uma atenção redobrada às inúmeras mazelas que podem atingir a gestante, como quadro de diabetes gestacional e hipertensão, como também, o importante papel dos fármacos indutores e inibidores de parto (MALAGOLI, 2019)

Desta forma este artigo traz luz sobre a relação entre gestação e fármacos, mostrando de forma clara a importância do estudo e da explicação correta dos riscos para a gestantes dos medicamentos utilizados no tratamento das principais doenças crônicas que acometem as mulheres na gravidez, e sobre, a importância do consentimento, explicação e relato detalhados da necessidade do uso de medicamentos na hora do parto, tanto para inibir quanto para induzir o mesmo.

### **Danos relacionados ao uso de medicamentos durante a gestação**

A teratogenicidade tem sido o dano relacionado ao uso de medicamento durante a gestação mais estudado, já que efeitos teratogênicos geralmente ocorrem no início da gestação (entre a 2ª e 8ª semana pós-concepção), causando alteração no desenvolvimento e formação de tecidos e órgãos fetais, como malformação cardíaca, do tubo neural, ou do palato. Além da talidomida, exemplos de medicamentos que causam malformação fetal são: metotrexato; isotretinoína; lítio; valproato; tetraciclina; inibidores da enzima conversora de angiotensina, como o enalapril e captopril; e antifúngicos azólicos, como o fluconazol e tioconazol (MALAGOLI, 2019)

Entretanto, hodiernamente há uma crescente atenção voltada para outros efeitos adversos fetais (aqueles que promovem disfunções de órgãos e tecidos fetais após sua formação), os quais aparentam ser mais frequentes do que os efeitos teratogênicos. Esses efeitos adversos, muitas vezes, causam resultados negativos que podem ser confundidos com condições clínicas do próprio neonato, com desfechos decorrentes de alguma intercorrência ou problema de saúde envolvendo a gestante. Alguns exemplos desses outros efeitos adversos fetais são o desenvolvimento de distúrbios eletrolíticos e a alteração no metabolismo de glicose (MALAGOLI, 2019)

#### **Fatores envolvidos no uso seguro de medicamentos durante a gestação**

Nesse seguimento, depois da ocorrência da tragédia da talidomida, a atenção passou a ser voltada para o fato de que muitos medicamentos utilizados por gestantes atravessam a barreira placentária, e, portanto, atingem a circulação fetal. Sendo importante lembrar que a placenta, como órgão hemocorial, é responsável por intermediar as trocas entre o organismo do feto e o organismo materno, garantindo, entre outros, a nutrição fetal durante o período gestacional. Contudo, também possibilita a passagem de fármacos do plasma materno para o fetal, sendo que fatores farmacocinéticos devem ser considerados para avaliar a extensão dessa passagem. De forma geral, a placenta é uma barreira semipermeável e as trocas de substâncias ocorrem majoritariamente via difusão passiva, seguindo um equilíbrio de concentrações. Assim, os fármacos com maior probabilidade de cruzar a barreira placentária de forma significativa são aqueles lipofílicos, não ionizados no plasma materno, que apresentam baixo peso molecular (< 600

Daltons) e baixa ligação a proteínas plasmáticas (MALAGOLI, 2019)

Para novos fármacos ou aqueles para os quais pouca ou nenhuma informação sobre uso em humanos durante a gestação está disponível, é importante avaliar outras opções farmacológicas que apresentem perfil de segurança já definido, considerando esses parâmetros farmacocinéticos. As alterações fisiológicas que ocorrem no corpo durante a gestação, como aumento do volume sanguíneo, variações de pressão arterial e mudanças nas funções renais e hepáticas, também devem ser consideradas para selecionar medicamentos mais seguros para a gestante, bem como proporcionar monitoramento adequado e ajustes de doses para garantir a efetividade e segurança da farmacoterapia (MALAGOLI, 2019)

Além disso, o estágio de desenvolvimento fetal pode determinar a segurança do uso de determinado fármaco ou não. Nesse sentido, os três primeiros meses são os mais significativos na formação do feto e, portanto, requerem maior cautela no uso de qualquer tipo de medicamento. Nesse período, destaca-se a limitação de atuação dos profissionais de saúde decorrente do frequente desconhecimento das mulheres acerca de sua gestação logo em seu início. Isso reforça a importância das ações proativas dos profissionais que, antes da prescrição, dispensação e administração de medicamentos, devem coletar histórico completo da saúde de mulheres em período reprodutivo, adequando o uso de medicamentos de acordo com a intenção e a probabilidade de gestação, e solicitando testes de gravidez antes da prescrição de medicamentos com alto risco durante a gestação, sobretudo medicamentos teratogênicos (MALAGOLI, 2019)

Outro ponto importante tange à assistência pré-natal às gestantes, que é um direito assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescen-

te e visa monitorar corretamente a saúde da mulher e também do feto e, então, prevenir e tratar possíveis alterações que possam surgir no período gestacional. Dessa forma, as possíveis demandas que podem ser discutidas durante o pré-natal são: a alimentação materna, ganho ou perda de peso, alterações corporais, hormonais, na pressão arterial, na glicemia e crescimento e movimentação fetal intrauterina. Assim, um monitoramento correto e abrangente contribui para a saúde materna, uma gestação de baixo risco, um parto e um nascimento sem intercorrências. Nesse sentido, o acompanhamento a partir do pré-natal é vital para o diagnóstico precoce e controle de possíveis patologias comuns na gestação, dentre as quais destacam-se a Diabetes Mellitus Gestacional e a Síndrome Hipertensiva Gestacional (BRASIL, 2016).

### **Diabetes**

Caracteriza-se a Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) pela alteração na tolerância à glicose com início ou detecção observado na gravidez (GUERRA, 2019; WEINERT, 2011) e diagnostica-se a doença com a obtenção da glicemia de jejum  $\geq 95$  mg/dl, junto com a presença de um ou mais fatores de risco, que compreendem: idade materna igual ou superior a 35 anos; histórico materno de sobrepeso ou obesidade; histórico de diabetes gestacional; deposição central de gordura corporal pré-gestacional; ganho excessivo de peso na gestação; hipertensão ou pré-eclâmpsia; histórico familiar de diabetes em parentes de primeiro grau; síndrome do ovário policístico; estatura materna inferior a 1,5 metros (GUERRA, 2019; BRASIL, 2019).

Após a suspeita ou detecção da doença, propõem-se, inicialmente, tratamentos não medicamentosos, que incluem: terapia nutricional a partir de uma prescrição dietética

individualizada para atingir as recomendações do ganho de peso e balancear o metabolismo de carboidratos, sendo capaz de gerar menor taxa de macrosomia fetal e de complicações perinatais; prática de exercícios físicos voltados para gestantes, ao se considerar a redução da glicemia e a redução do ganho de peso materno excessivo, produzindo uma diminuição na incidência de macrosomia fetal (GUERRA, 2019; WEINERT, 2011).

Bem como, para complementar as práticas de redução da glicemia materna, faz-se uso do tratamento medicamentoso, o qual pode ser feito com os seguintes medicamentos:

1. Metformina, a qual é considerado um fármaco seguro para ser utilizado em todas as fases gestacionais, as gestantes candidatas ao uso dessa medicação devem estar na faixa etária de 18 a 45 anos, com idade gestacional entre 20 e 33 semanas e glicemia de jejum  $< 140$  mg/dL (WEINERT, 2011);
2. Glibenclamida, que é considerado um fármaco seguro a partir do segundo trimestre de gestação (WEINERT, 2011).
3. Insulina, considerado o tratamento padrão na DMG, visto que possui comprovada eficácia e segurança, sendo indicado para as gestantes que não atingem as metas de controle glicêmico com a dieta, ou apresentam falha no tratamento oral, ou apresentam glicemia de jejum  $> 140$  mg/dL ou glicemia de 2h  $> 200$  mg/dL no TTG 75 g (WEINERT, 2011).

Destarte, a negligência ou omissão ao tratamento da DMG pela gestante, apresentam consequências que aumentam de forma contínua com a elevação da glicemia materna. Assim, para a mãe tem-se como repercussões:

o parto cesariano, o desenvolvimento de pré-eclâmpsia, o risco aumentado para obesidade e síndrome metabólica, além de um aumento nos riscos para o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 e doenças cardiovasculares. Já para o feto têm-se as complicações: a prematuridade fetal, o crescimento fetal excessivo (macrossomia), a distócia de ombro, a hipoglicemia e a morte perinatal (GUERRA, 2019; BRASIL, 2019; WEINERT, 2011).

### **Síndrome hipertensiva gestacional**

A Síndrome hipertensiva gestacional é definida a partir da detecção da pressão arterial sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou pressão diastólica  $\geq 90$  mmHg, em pelo menos duas aferições após um intervalo de repouso de 15 minutos e pode ocasionar limitações na saúde materna e graves consequências ao feto e ao recém-nascido, não obstante, é considerada a maior causa de prematuridade no Brasil (BRASIL, 2019). A hipertensão gravídica pode ser classificada em: hipertensão crônica; pré-eclâmpsia; eclâmpsia; pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica; hipertensão gestacional (KERBER, 2017).

No que compreende o tratamento da hipertensão gestacional sabe-se que as gestantes hipertensas de baixo risco não necessitam de medicação anti-hipertensiva durante a primeira metade da gestação, tal ação deve-se ao déficit de estudos que avaliam os riscos e benefícios no uso dos anti-hipertensivos durante a gestação. Nesse sentido, o tratamento com anti-hipertensivos deve iniciar ao se observar a pressão arterial sistólica acima de 150 mmHg e a pressão arterial diastólica entre 90-100 mmHg, sendo a escolha do medicamento individualizada (FREIRE, 2009).

Nesse contexto, alguns medicamentos utilizados frequentemente em hipertensos, sendo eles os Inibidores de ECA (Captopril,

Enalapril e Lisinopril), o Atenolol, da classe dos betabloqueadores, e os Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina II (Losartana e Telmisartano), devem ser suspensos antes da concepção pois tem efeito deletério fetal, podendo ser novamente administrados após o parto (FREIRE, 2009).

No que se refere ao manejo da síndrome hipertensiva gestacional têm-se os seguintes fármacos:

1. Metildopa, da classe dos alfa-agonista, é considerado o medicamento mais utilizado na gestação e age de modo a inibir a vasoconstrição com efeito mediado a nível central, além de possuir efeitos que diminuem o espasmo vascular uteroplacentário na artéria uterina, sem comprometer a maturidade fetal e o peso ao nascer (FREIRE, 2009; SANTOS, 2019).
2. Hidralazina, utiliza-se, principalmente, nas emergências hipertensivas gestacionais, visto que é considerado um potente vasodilatador ao reduzir a resistência vascular periférica e provocar o relaxamento do músculo liso dos vasos arteriais. Entretanto, pode causar os seguintes efeitos maternos: taquicardia, cefaléia, hipotensão, náuseas, palpitações, tontura e retenção de sal (SANTOS, 2019).
3. Nifedipina, da classe dos bloqueadores dos canais de cálcio, age de modo a relaxar o músculo liso predominante na musculatura vascular, uterina e vesical. Utilizado prioritariamente nas emergências hipertensivas, tratamento contínuo e como agente tocolítico, ao inibirem as contrações uterinas (SANTOS, 2019).

### **Uso de tocolíticos para a inibição de partos prematuros**

Como foi visto, a farmacologia estará presente durante toda a fase gestacional, afinal, além dos fármacos utilizados nas principais doenças apresentadas por gestantes, o uso de remédios e métodos farmacológicos está também presente na hora do parto. Tanto para a indução quanto para a inibição do mesmo.

Sabe-se que para que a tocolise seja justificada, deve-se haver a possibilidade de acelerar a maturidade do feto e dar maior viabilidade a sua sobrevivência, principalmente em casos de partos prematuros. O uso de uterolíticos deve ocorrer para que o tempo de parto se prolongue tempo suficiente para que haja a administração de glicocorticoides ou que seja feita a transferência materna para um centro hospitalar terciário. Para que haja a escolha do tocolítico correto, deve ser feito o diagnóstico correto do trabalho de parto prematuro, tendo em foco a idade gestacional, das condições médicas materno-fetais, da eficácia, dos efeitos colaterais e do custo do medicamento (SILVA, 1999; BITTAR, 2009)

Para este trabalho iremos focar quais os tipos de tocolíticos existentes e qual a recomendação para cada fármaco em específico, afinal o trabalho de parto prematuro (TPP) é responsável por 75% dos nascimentos antes da 37ª semana de gestação. Dessa forma precisamos nos atentar ao fato de que todos os uterolíticos possuem efeitos colaterais e alguns podem ser potencialmente letais, e lembrar que a tocolise é o último recurso preventivo existente ao médico obstetra para retardar o nascimento. No entanto sabe-se que a tocolise não impede o parto prematuro, pois as causas do parto prematuro continuam a ocorrer, sendo possível somente abolir as contrações uterinas por um certo tempo (BITTAR, 2009)

Antes do uso de tocolíticos a gestante deve ser hospitalizada e algumas avaliações devem ser feitas para verificar a condição e recomen-

dação para o uso destes fármacos, como: Período de latência do trabalho de parto (dilatação cervical < 3 cm), esvaecimento não pronunciado, idade gestacional entre 22 e 34 semanas, ausência de contraindicações. Algumas contraindicações para o uso de uterolíticos são: Morte fetal, sofrimento fetal, malformações fetais incompatíveis com a vida, restrição do crescimento fetal, rotura da bolsa de água, infecção amniótica, deslocamento prematuro da placenta, entre outros. Após verificadas as indicações e contraindicações para a inibição do trabalho de parto prematuro é feita a escolha do melhor meio de inibição, sendo sempre levada em consideração a eficácia e a segurança do meio escolhido. Além disso, a droga deve ser segura para a mãe, feto e recém-nascido (BITTAR, 2009)

Para iniciar a discussão das classes utilizadas, vamos falar do uso de Agonistas beta-adrenérgicos, a classe de drogas mais utilizadas como tocolíticos no parto prematuro. A primeira vez que foi utilizado para inibir as contrações uterinas, foi em 1961, sendo a isoxsuprina o representante utilizado. Com ação predominantemente em receptores beta-1 (coração e intestinos), causando diversos efeitos colaterais cardiovasculares indesejados, seu uso não é recomendado. Em seu lugar, a preferência deve ser dada às drogas de efeito predominantemente beta-2 (com ação em miométrio, vasos sanguíneos e bronquíolos), tais como a terbutalina, o salbutamol e a ritodrina (NAPOLES, 2013; BITTAR, 2009)

Apesar dos grandes esforços para que os beta-adrenérgicos atuem completamente e preferencialmente nos receptores Beta-2, todos os medicamentos conhecidos prestam certa atividade no receptor Beta-1, e mesmo aqueles que acabam por ter seu domínio maior sobre os receptores Beta-2 diferentes do relaxamento uterino, acabam causando também a vasodila-

tação, que pode acabar causando hipotensão materna sendo um grande perigo para a mãe e também para o feto. O mecanismo envolvido no efeito destes medicamentos exerce seu efeito na célula miometrial, o que inclui a atividade na membrana, onde em sua parte exterior ficam os receptores. A interação do agonista ao receptor pode produzir ativação da ciclase de adenilato, a qual tem como função converter o trifosfato cíclico de adenosina em monofosfato cíclico de adenosina (AMPc). O incremento do AMPc intracelular ativa a proteína quinase dependente do AMPc (PKA), que diminui o cálcio intracelular e inibe a contração uterina (NAPOLES, 2013; BITTAR, 2009).

Um cuidado que deve haver quanto ao Beta-adrenérgicos, entendendo sua atuação fisiológica, é o fato de produzirem estado de hiperglicemia, e por isso, não devem ser utilizados em pacientes com gestantes diabéticas. Pois estimulam a ciclase de adenilato e em consequência causam o aumento do AMPc e este, por sua vez, ativa a glucogenofosfatase hepática e inibe a glucogenosintetase, com o aumento da liberação da glicose pelo fígado. Outra situação que deve ser sempre abordada nos usos de Beta-adrenérgicos é o seu poder de induzir trocas no balanço do tônus simpático-parassimpático. Este é um mecanismo produzido biologicamente, pelo qual os agonistas beta2-adrenérgicos podem induzir a teratogenicidade funcional, o que explica sua relação com o autismo, transtornos psiquiátricos e a insuficiência na atividade cognitiva, a função motora e desempenho escolar (NAPOLES, 2013)

Os agonistas beta-adrenérgicos agem em diversos órgãos, sendo responsáveis assim por causar dor torácica, taquicardia, dispneia, mal-estar, edema agudo de pulmão, cefaleia tonturas e tremores, sendo estes alguns dos efeitos

colaterais do uso de beta-adrenérgicos como tocolíticos, levando a suspensão do tratamento. Além disso, como já foi relatado anteriormente neste artigo, essas substâncias atravessam a placenta, tendo sido descritos inúmeros efeitos colaterais no feto e no recém-nascido, como taquicardia, hiperinsulinismo, hipoglicemia, hipocalcemia e hipotensão arterial. Por conta dos diversos efeitos colaterais causados para mãe e feto, algumas precauções devem ser utilizadas como: realizar eletrocardiograma materno prévio; controlar com cuidado o pulso e a pressão arterial, mantendo o pulso materno abaixo de 120 bpm; auscultar periodicamente os pulmões e coração; e monitorar os batimentos cardíacos fetais (BITTAR, 2009)

Outra classe de fármaco muito utilizado são os Bloqueadores de canal de cálcio, os quais, inibem a entrada do cálcio extracelular através da membrana citoplasmática, impedindo a liberação do cálcio intracelular do retículo sarcoplasmático e aumentam a saída do cálcio da célula miometrial. Os bloqueadores de canal de cálcio podem agir por duas vias, sendo a primeira potencialmente sensível, que se ativa por despolarização (dependente de voltagem), e a segunda operada por receptores. A primeira é considerada mais efetiva. Por serem vasodilatadores periféricos, os bloqueadores do canal de cálcio podem causar rubor facial, cefaleia, tonturas, palpitações e hipotensão arterial, sendo de menores intensidades do que com os agonistas beta-adrenérgicos. Nas doses habitualmente utilizadas para inibir o TPP, não há dados sobre os efeitos colaterais fetais (NAPOLES, 2013; BITTAR, 2009)

Os antagonistas de receptor de ocitocina se comportam como qualquer outro antagonista, competindo com a ocitocina por seu receptor da célula miometrial, reduzindo os efeitos fisiológicos desse hormônio. Um dos representantes dessa classe mais conhecidos e muito

utilizado na Europa é o Atosibano, sendo que em alguns estudos a atuação deste medicamento tem se mostrado tão eficaz quanto ao salbutamol, ou a ritodrina para inibir o trabalho de parto prematuro. Quanto aos efeitos colaterais, temos: náuseas, tonturas e cefaleia. Não foram observados efeitos cardiovasculares. Já em relação aos efeitos colaterais fetais e neonatais, há poucos estudos que comprovem seus efeitos, porém é visto um certo aumento na taxa de complicações neonatais com o uso de atosiban em prematuros extremos (BITTAR, 2009)

Outra classe utilizada é o Sulfato de Magnésio. Apesar de sua ação ter sido de difícil entendimento por muito tempo, hoje já se sabe que o magnésio pode atuar em 3 aspectos básicos da contração muscular. O magnésio extracelular e de membrana pode modificar as contrações miométrais, que modula a captação, união e distribuição do cálcio na célula de músculo liso. As concentrações elevadas de magnésio bloqueiam a entrada de cálcio na membrana por competir com o cálcio por receptores. O magnésio acaba assim, ativando a ciclase de adenililato e assim produzindo a elevação AMPc intracelular, que estimula a quinase PKA, a qual diminui as concentrações de cálcio intracelular no miométrio. Vários estudos permitiram comparar o sulfato de magnésio com os Beta-adrenérgicos, sendo que apresentou eficácia similar e menor efeitos colaterais (NAPOLES, 2013; BITTAR, 2009)

Quanto aos seus efeitos colaterais é visto: cefaleia, visão embaçada, náuseas, diplopia, calores que predominam na região torácica, na nuca e na cabeça, além de muitos outros fatores. Entende-se por esses diversos efeitos colaterais, que a administração de sulfato de magnésio exige um grupo de cuidados, devido ao seu potente efeito vasodilatador periférico. Por isso é recomendada a administração em

bomba de infusão, diminuindo assim, algumas das reações. Outro problema que se deve ter em mente ao se falar do sulfato de magnésio é a sua passagem pela placenta, podendo alcançar concentrações no cordão umbilical similares às concentrações maternas (NAPOLES, 2013; BITTAR, 2009)

### **Uso de fármacos indutores de parto**

Depois de entender como funciona a farmacologia tocolítica, que inibe o parto prematuro, devemos entrar na seara da indução de partos por fármacos. A indução do trabalho de parto é um processo iatrogênico, que é realizado somente quando o benefício de interrupção da gravidez é superior aos seus riscos. Sendo assim no âmbito médico a indução do parto deve ser bem documentada o seu motivo e assinado um consentimento informado pela gestante (CARVALHO, 2017)

A indução do trabalho de parto é um procedimento médico/obstétrico, o qual estimula artificialmente o útero gravídico, a fazer a expulsão do feto por via vaginal. Esse processo é possível a partir das 22 semanas de gestação. No entanto, para que a decisão de induzir o trabalho de parto seja feita, há diversos parâmetros a serem seguidos, pois depende de diversos fatores maternos e fetais. Sendo eles, estado geral de saúde materno e fetal, a idade gestacional, a avaliação do colo uterino e pelve materna, assim como o peso e a apresentação fetal, é de fácil compreensão a necessidade de que a indução do parto seja ponderada e avaliada de forma individual (CARVALHO, 2017)

A indução de parto tem como função reverter a condição do útero que não se apresenta em trabalho de parto, ou seja, reverter um colo uterino fechado, inteiro, posterior e de consistência rígida. O colo uterino é constituído por uma pequena percentagem de músculo

liso, predominando o tecido conjuntivo, em particular o colágeno. Este último componente permite que o colo uterino mude as suas propriedades tornando-se mais distensível e com consistência amolecida, facilitando, dessa forma, a dilatação e extinção do mesmo (CARVALHO, 2017)

As alterações morfológicas e fisiológicas uterinas, desde o momento de concepção até o parto, são divididas em 4 fases distintas. A fase 0 corresponde a uma fase de quiescência uterina sendo esta a maior parte da gravidez. A fase 1 corresponde à fase de preparação para o parto, onde uma sequência de mecanismos mecânicos e hormonais (endócrinos e parácrinos) vão preparar o tecido conjuntivo do colo do útero, assim como, o músculo liso do corpo uterino, aumentando as suas capacidades elásticas/de distensibilidade e contráteis, respetivamente, para a próxima fase. A fase 2 corresponde à fase ativa do parto e, por fim, a fase 3 regista a involução uterina e ocorre após a expulsão fetal (CARVALHO, 2017)

Para que a indução ocorra deve-se atribuir ao índice de Bishop, o qual atribui uma pontuação até 3 valores para cada fase mencionada a cima, sendo que um somatório de todos os componentes inferior a 6 implica a necessidade de um amadurecimento cervical prévio à indução; se pontuação superior a 6 - indução direta. Se o score ficar acima de 8 pontos é considerado que a probabilidade de o parto por via vaginal após indução ser semelhante a um trabalho de parto espontâneo, é alta. Quanto aos fármacos mais utilizados para a indução do parto, esses são a oxitocina, que é amplamente utilizado em úteros com colo uterino maturado, e os análogos das prostaglandinas, que têm a capacidade de realizar maturação cervical e ainda de promover a indução do trabalho de parto (CARVALHO, 2017; MONTENEGRO & REZENDE, 2014)

A oxitocina é utilizada de forma terapêutica desde 1950, sendo considerado o método farmacológico de eleição na indução do trabalho de parto, na presença de um colo uterino favorável, ou seja, com características sugestivas de amadurecimento cervical eficaz. Sabe-se, que a oxitocina é um hormônio produzido pelo hipotálamo posterior que, entre as funções, atua sobre receptores uterinos estimulando a contração do músculo liso uterino. Entretanto, devemos lembrar que esse hormônio está associado a alterações clínicas maternas, como alterações da condução cardíaca como arritmias; da depressão arterial; do equilíbrio hidroeletrólítico, e a hiper estimulação uterina. Ele também é responsável por alterações fetais como alterações de crescimento, hemorragia na retina, hiper bilirrubinemia (CARVALHO, 2017)

Os análogos de prostaglandinas são uma classe de fármacos amplamente utilizada na indução de parto. As prostaglandinas são produtos na degradação do ácido araquidônico pelas enzimas cicloxigenase (COX) e têm grande atividade celular, sendo muito importante no mecanismo do parto, atuando tanto sobre o miométrio como sobre o cérvix, possibilitando assim o seu uso na indução de parto em situações em que o cérvix ainda não se encontra amadurecido. Dessa forma, por serem mediadores lipídicos facilitam a maturação cervical e essa é sua principal diferença em comparação com o uso da Oxitocina (CARVALHO, 2017)

A dinoprostona é um análogo da prostaglandina E2 que atua sobre o amadurecimento cervical, e também, na indução da atividade contrátil do miométrio. É encontrado em duas formas de preparação, a primeira é em gel de aplicação intracervical de 2,5mL com 0,5mg, podendo ser administrado a cada 6h num máximo de 3 doses diárias; e através de um

dispositivo que se aplica no fundo do saco vaginal, num sistema de libertação controlada, que contém 10mg de dinoprostona, a serem dispensados 0,3mg/h em 12h, após as quais será retirado (CARVALHO, 2017)

O misoprostol é um análogo sintético das prostaglandinas E1, um fármaco já muito conhecido como um dos primeiros fármacos em uso para profilaxia de úlceras pépticas como consequência no uso excessivo de AINES, no mundo obstétrico é indicada a utilização deste fármaco em situações de aborto premeditado, no tratamento de hemorragias pós-parto, como indutor de trabalho de parto e de maturação cervical. O misoprostol pode ser usado tanto por via oral, quanto por via intravaginal. Para possibilitar a dilatação cervical, o misoprostol intravaginal é colocado no fundo do saco vaginal a cada 4h uma dose de 25mcg, até ao aparecimento de contrações ou, uma vez presentes, enquanto estas sejam indolores (CARVALHO, 2017)

## CONCLUSÃO

Mediante o objetivo de revisar de forma didática e integrativa a farmacologia envolvida na gestação, no presente artigo considerou-se que o período gestacional é uma situação de alto risco, necessitando de maior atenção quanto a utilização de fármacos. Desta forma, destaca-se o uso de medicamentos teratogênicos, tratamento das principais doenças crônicas durante a gestação e a administração de fármacos inibidores e indutores do parto.

Ao ler o artigo, entende-se que a teratogenicidade é responsável por alterações no desenvolvimento e formação de tecidos e órgãos fetais, por meio do uso de medicamentos durante a gestação. Além da talidomida, mediante a presente pesquisa, considerou-se que metotrexato; isotretinoína; lítio; valproato;

tetraciclina; inibidores da enzima conversora de angiotensina, como o enalapril e captopril; e antifúngicos azólicos, como o fluconazol e tioconazol, são exemplos de medicamentos que causam malformação fetal. No que compreende o tratamento das principais doenças crônicas durante a gestação, alguns medicamentos utilizados frequentemente em hipertensos como os Inibidores de ECA (Captopril, Enalapril e Lisinopril), o Atenolol, da classe dos betabloqueadores, e os Bloqueadores dos Receptores da Angiotensina II (Losartana e Telmisartano), devem ser suspensos antes da concepção logo que possuem efeito deletério fetal. Em contrapartida, Metildopa, Hidralazina e Nifedipina são fármacos indicados no manejo da síndrome hipertensiva gestacional.

Dentre as doenças crônicas, a Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) abordada no presente artigo, possuem como tratamento medicamentosos o uso de fármacos como: Metformina, considerado um fármaco seguro para ser utilizado em todas as fases gestacionais, Glibenclamida e Insulina, considerada tratamento padrão para DMG. Quando observado a administração de fármacos inibidores e indutores do parto, considerou-se a importância da verificação das indicações e contraindicações para o processo, necessitando ser levado em consideração a eficácia do meio escolhido e a segurança da mãe e do feto.

Embora a maioria das mulheres faça uso de medicamentos durante a gravidez, as informações de segurança na pré-comercialização para essa população são limitadas. Desta forma, mostra-se necessário o investimento, estudo e pesquisa em obter dados referentes ao uso de medicamentos em gestantes, promovendo uma saúde integralizada com o uso racional de medicamentos a fim de melhorar a qualidade de vida da gestante preservando a saúde do feto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BITTAR, Roberto Eduardo; ZUGAIB, Marcelo. Tratamento do trabalho de parto prematuro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 31, n. 8, p. 415-422, 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da saúde. Nota Técnica Para Importância do Pré-natal – Assistência Pré-natal. 2016. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/importancia-do-pre-natal/>. Acesso em 27 out 2021.
- BRASIL. Ministério da saúde. Nota Técnica Para Organização Da Rede De Atenção À Saúde Com Foco Na Atenção Primária À Saúde E Na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde Da Mulher Na Gestação, Parto E Puerpério. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>. Acesso em 26 out 2021.
- CARVALHO, Filipa David. Indução do Trabalho de Parto: Métodos Farmacológicos e não Farmacológicos. 2017.
- FREIRE, Cláudia M. V; TEDOLDI, Citânia L. Hipertensão arterial na gestação. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia online*, v. 93, 2009.
- GUERRA, Juliana V. *et al.* Diabetes gestacional e assistência pré-natal no alto risco. *Revista enfermagem UFPE online*, v. 13, p. 449-454, 2019.
- HORTA ML, Lemonica IP. Passagem transplacentária e efeitos embriofetais de drogas usadas em anestesia. *Revista Brasileira Anestesiologia*, v. 52, p. 101-13, 2002.
- KERBER, Guenevere de F.; MELERE, Cristiane. Prevalência de síndromes hipertensivas gestacionais em usuárias de um hospital no sul do Brasil. *Revista Cuidarte*, v. 8, p. 1899-906, 2017.
- MALAGOLI, Bruna G. *et al.* Uso seguro de medicamentos na gestação. *Boletim Instituto para Práticas Segura no Uso de Medicamentos*, v. 8, 2019.
- MONTENEGRO, Carlos; REZENDE, Jorge. Indução do parto. *In: OBSTRETÍCIA*. cap. 21, p. 429 -433, 2014..
- NAPOLIS MENDEZ, Danilo. Los tocolíticos en el parto pretérmino: un dilema actual. *MEDISAN*. v. 17, p. 5062-5078, 2013.
- PICCININI, César A. *et al.* Gestação e a Constituição da Maternidade. *Psicologia em Estudo [online]*, v. 13, 2008.
- SANTOS, Monique J.; CAPOBIANCO, Marcela P. Hipertensão gestacional. *Revista científica UNILAGO*. v.1, 2019.
- SILVA, Letícia Krauss, *et al.* "Análise da adequação e da efetividade do uso de tocolíticos no trabalho de parto prematuro." *Cadernos de Saúde Pública*.v. 15, p. 581-590, 1999.
- WEINERT, Letícia S. *et al.* Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. *Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabologia*. v. 55. n. 7. p. 435-445. 2011.

# CAPÍTULO 13

## MIRENA E KYLEENA: UMA REVISÃO COMPRATIVA

**THAYNARA HEVELLIN EVANGELISTA<sup>1</sup>**  
**ISABELLA CORREIA TEODORO DE ARAÚJO<sup>1</sup>**  
**LÍVIA GRANDINI ALBIERO<sup>1</sup>**  
**FERNANDA MORAIS BARBOSA<sup>1</sup>**  
**MARIANA SANTOS CRUVINEL<sup>1</sup>**  
**HILARY HEVELLIN EVANGELISTA<sup>1</sup>**  
**YASMIN PACHECO ARATAQUE<sup>1</sup>**  
**MATEUS DE MELO TERRA<sup>1</sup>**  
**RENATA BUENO BUCCI PY<sup>1</sup>**  
**LARA RAMOS BORGES<sup>1</sup>**  
**TIAGO DORNELAS GOULART<sup>1</sup>**  
**DAIENNE BORGES MELO<sup>1</sup>**

1. Discente – Medicina da Universidade de Rio Verde, Campus Aparecida de Goiânia.

**Palavras-chave:**

*Cefaleia Primária; Enxaqueca com Aura; Transtornos de Enxaqueca*



## INTRODUÇÃO

Os contraceptivos do tipo dispositivos intrauterinos (DIU) compostos por levonorgestrel, comercializados com o nome de Mirena, consistem em uma relativa novidade na ginecologia, sendo amplamente difundidos na contemporaneidade. Apresentam taxa inicial de liberação de 20 mcg/dia. Além de consistir em um método eficaz de contracepção, atua como um importante controlador de distúrbios menstruais, como dismenorreia e menorragia, além de reduzir a chance de câncer de endométrio, tornando-se uma ótima alternativa para reduzir a incidência dessa enfermidade em pacientes de alto risco. Quando comparado a outros dispositivos intrauterinos, como o DIU de cobre, o Mirena apresenta significativas vantagens, como maior segurança, menor descontinuação de uso e maior eficácia (LINHARES, J. et. al, 2020).

Outro eficaz dispositivo intrauterino de levonorgestrel é o Kyleena™, o qual cada unidade contém 19,5 mg do hormônio. Seu uso está indicado por um período máximo de 5 anos. Foi realizado recente estudo clínico multicêntrico, aberto e randomizado, incluindo 1452 mulheres, com idade entre 18 e 35 anos. O índice de Pearl durante o primeiro ano foi 0,16, durante o segundo ano foi 0,37, durante o terceiro ano foi 0,45, durante o quarto ano foi 0,15, durante o quinto ano foi 0,36 e após 5 anos foi 0,29. A taxa de falha no primeiro ano foi aproximadamente 0,2% e a taxa de falha cumulativa nos 5 anos foi aproximadamente 1,4%. A taxa de falha também inclui gestações devido a expulsões e perfurações não detectadas. O índice de Pearl durante o primeiro ano foi 0,16, durante o segundo ano foi 0,37, durante o terceiro ano foi 0,45, durante o quarto ano foi 0,15, durante o quinto ano foi 0,36 e após 5 anos foi 0,29. A taxa de

falha no primeiro ano foi aproximadamente 0,2% e a taxa de falha cumulativa nos 5 anos foi aproximadamente 1,4%. A taxa de falha também inclui gestações devido a expulsões e perfurações não detectadas.

O levonorgestrel apresenta efeitos progestogênicos, principalmente locais, na cavidade uterina, sendo esse um mecanismo de ação comum aos dois dispositivos intrauterinos citados. O Kyleena™, assim como o Mirena, inibe os receptores endometriais de progesterona e estrogênio, tornando o endométrio relativamente insensível ao estradiol circulante e promovendo, assim, um intenso efeito antiproliferativo, reduzindo os riscos de câncer de endométrio, principalmente em mulheres propensas.

Apesar dos imensos benefícios, existem algumas contraindicações a esses dispositivos, sendo elas: suspeita ou diagnóstico de gravidez, doença inflamatória pélvica atual ou recorrente, infecção do trato genital inferior, endometrite pós-parto, aborto infectado durante os últimos três meses, cervicite, displasia cervical, tumor maligno uterino ou cervical, tumores progestágeno-dependentes, sangramento uterino anormal não diagnosticado, anomalia uterina congênita ou adquirida, incluindo leiomiomas, quando estes causarem deformação da cavidade uterina, condições associadas com aumento de susceptibilidade a infecções, doença hepática aguda ou tumor hepático, hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer um dos excipientes (SCHERING DO BRASIL *et. al*, 2014).

Além das contraindicações, deve ser utilizado com cautela nas seguintes situações: enxaqueca, enxaqueca focal com perda visual assimétrica ou outros sintomas indicativos de isquemia cerebral transitória, cefaleia

excepcionalmente intensa, icterícia, aumento acentuado da pressão arterial, e doença arterial grave, como acidente vascular cerebral ou infarto do miocárdio.

Durante consulta ginecológica, além de completa anamnese e exame físico, dúvidas quanto a esses métodos contraceptivos, bem como seus pontos positivos e negativos, devem ser elucidados para as pacientes, de modo que entenda com clareza e decida, por conta própria, qual método contraceptivo será optado. Além disso, exame ginecológico e complementares devem ser solicitados, sendo o ultrassom transvaginal ou transabdominal essencial para a mensuração das dimensões uterinas. Portanto, torna-se de grande importância a realização de consulta pré-inserção do dispositivo, a qual será realizada ambulatorialmente por médico experiente.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa realizada no período de 20/12/2021 a 15/01/2022 por meio de pesquisas nas bases de dados: Biblioteca Virtual da Saúde, biblioteca virtual Scielo e Google Acadêmico. Foram utilizados conforme o DeCs, os seguintes descritores: “mirena”, “kyleena™” e “dispositivo intrauterino hormonal”. Desta busca foram encontrados artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas Inglês e Português, publicados no período de 2014 a 2021 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisões literárias, ensaios clínicos randomizados e meta-análise, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a

proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 2 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando em ambos os métodos: taxa de liberação hormonal, eficácia, aceitação e continuidade de uso, efeitos adversos, dificuldade de inserção e risco de complicações.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos atuais envolvendo os dispositivos intrauterinos, Mirena e Kyleena, abordaram aspectos relacionados à taxa de liberação hormonal, eficácia, aceitação e continuidade de uso, efeitos adversos, dificuldade de inserção e risco de doença inflamatória pélvica e infertilidade.

O Mirena é composto com 52 mg de levonorgestrel liberados em cinco anos, já o kyleena™ apresenta 19,5 mg do mesmo hormônio também sendo liberado por este período. Logo mulheres que optam pelo segundo método, estão sujeitas a uma menor liberação de hormônios em seu organismo.

A eficácia contraceptiva do Mirena® (levonorgestrel) foi estudada em cinco grandes estudos clínicos com 3.330 usuárias de Mirena® (levonorgestrel). O Índice de Pearl, que mede a eficácia, foi aproximadamente 0,2% de falha em um ano e o índice de falha cumulativa foi aproximadamente 0,7% em cinco anos (SCHERING DO BRASIL *et. al.*, 2014).

Já o Kyleena™ (levonorgestrel) apresenta uma taxa de falha de aproximadamente 0,2% no primeiro ano, ou seja, cerca de 2 em 1.000 mulheres que utilizam corretamente

Kyleena™ (levonorgestrel) ficam grávidas durante o primeiro ano de uso, e uma taxa de falha cumulativa de aproximadamente 1,4% em 5 anos, ou seja, cerca de 15 em 1000 mulheres que utilizam corretamente Kyleena™ (levonorgestrel) ficam grávidas durante os 5 anos de uso. Em ambos os métodos índice de falha também inclui as gestações devido a expulsões e perfurações não detectadas. Uma diferença importante entre os métodos está relacionado ao seu objetivo final, sendo que o dispositivo Mirena oferece uma maior amplitude de funções além da própria contracepção, tais como: indicação de primeira linha para tratamento de sangramento uterino anormal, endometriose e sangramento menstrual excessivo.

No que se refere à aceitação dos dispositivos segundo análise dos estudos atuais, evidenciou-se que ambos os métodos são bem aceitos pela maioria das mulheres que fazem uso dos mesmos. As usuárias afirmaram estarem satisfeitas com o método de escolha que recomendariam a uma amiga. Não houve diferença significativa entre o grau de satisfação do Mirena® e Kyleena™. Apesar de serem métodos contraceptivos seguros e eficazes, o seu alto custo consiste em um

empecilho na sua disseminação pela maioria da população feminina, não sendo oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, mesmo sendo métodos novos e revolucionários, ainda são pouco difundidos no âmbito ginecológico, sendo desconhecidos por muitas mulheres, tendo como resultado a desinformação, o medo, e a insegurança por grande parte da população feminina que seria imensamente beneficiada por tais dispositivos.

Os DIUs de progesterona poderão apresentar efeitos adversos, principalmente relacionados à absorção sistêmica da progesterona. O percentual absorvido é pequeno, mas pode ser suficiente para causar sintomas em algumas mulheres. Podemos citar como principais efeitos adversos: mastalgia, cefaleia, piora da acne; retenção hídrica; amenorreia; Sangramentos de escape no meio do ciclo; Náuseas e vômitos nos primeiros meses de uso; Alterações de humor e libido. Como no uso de qualquer tipo de DIU, a mulher poderá sentir também dor pélvica, principalmente relacionado à adaptação do corpo ao dispositivo. A maior parte dos sintomas adversos irá aparecer nos primeiros meses de uso e tendem a amenizar ou melhorar completamente após 4-6 meses da colocação.

### Comparativo entre Mirena® e Kyleena®

	Kyleena®	Mirena®
Conteúdo total de LNG	19,5 mg	52 mg
Média diária da taxa de liberação de LNG (1 ano)	~ 12 µg durante o 1 ano de uso	~ 20 µg durante o 1 ano de uso
Tempo de uso	5 anos	5 anos
Medidas	28 mm x 30 mm	32 mm x 32 mm
Diferencial em exames de imagem – anel de prata	Sim	Não
Cor dos fios	Azul	Marrom
Diâmetro do tubo insertor	3,8 mm	4,4 mm
Indicação	Contracepção	- Contracepção - Menorragia idiopática - Proteção da hiperplasia endometrial durante a terapia de reposição estrogênica
Índice de Pearl (5 anos)	0,29%	0,20%

Fonte: Bula de Kyleena™ e Mirena®.

Há muito tempo o uso de DIUs está em discussão, não só os hormonais como o de cobre. O principal debate permeia sobre qual seria o melhor método, e agora com a criação do kyleena™, levando em conta todos os aspectos discutidos neste trabalho, amplificou-se ainda mais essa discussão, não tendo ainda sido esclarecido qual seria o melhor método, levando em consideração, que os resultados dependem do objetivo e do organismo de cada mulher. Considerando-se um empecilho extra, os poucos estudos divulgados sobre o novo método, kyleena™.

A somatória das evidências provenientes dos estudos que envolveram os DIUs nos últimos anos foi responsável pelo aumento do uso em populações específicas, como em adolescentes, a partir de diretrizes que suportam que o uso de DIUs é apropriado para adolescentes, corroborado por entidades médicas internacionais e no Brasil.

Boa parte das informações que geram controvérsias são provenientes de constatações baseadas em relatos antigos. As evidências atuais, baseadas em estudos com metodologia consistente, procuram minimizar aspectos polêmicos que poderiam trazer dúvidas diante de situações de cunho eminentemente prático. As principais questões clínicas inerentes ao

uso dos DIUs referem-se, primariamente, à própria indicação, no sentido de que os contraceptivos intrauterinos poderiam associar-se a menor eficácia, maior número de complicações e eventos adversos e, em última análise, não serem adequados para mulheres que não tiveram parto anterior.

## CONCLUSÃO

Atualmente, um dos métodos contraceptivos mais eficientes disponíveis no mercado são os DIUs. Dentre eles, destacam-se o Mirena e o Kyleena™ pela sua alta eficácia, segurança, durabilidade, satisfação e boa aceitação tanto por parte dos médicos como de suas pacientes. Ao analisarmos os dois métodos, é possível notar que a principal diferença entre eles se refere a menor dosagem hormonal do Kyleena™, fator esse que pode ser decisivo para a sua escolha por algumas mulheres. Todavia, graças a seu alto custo e não disponibilização pelo SUS, a adesão da população feminina em idade fértil a esses métodos é baixa e representa, atualmente, um desafio para o nosso sistema de saúde brasileiro.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALEM, E.M.F.; DARDES, R.C.M.; CARNEIRO, A.L.B.; HAIDAR, M.A. Efetividade do dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (Mirena®) para a terapia de reposição hormonal na perimenopausa e pós-menopausa. 2010(3).

JAREI, M. et al. Levonorgestrel-releasing intrauterine system use is associated with a decreased risk of ovarian and endometrial cancer, without increased risk of breast cancer. Results from the NOWAC Study. *Gynecologic Oncology* 2018;149(1):127-132

LINHARES JV, et al. Apresentação não usual de dois casos de uso de dispositivo intrauterino hormonal - Mirena®. 2021;54(3):e-169347

SCHERING DO BRASIL *et. al.* Kyleena. 2014.

STURDEE DW, et al. Multicenter MLS Investigators. The acceptability of a small intrauterine progestogen-releasing system for continuous combined hormone therapy in early postmenopausal women. *Climateric*. 2004;7(4):404-11

# CAPÍTULO 14

## HORMONIOTERAPIA E SEUS DESDOBRAMENTOS NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

**MARIA FERNANDA INOCENTE MESSIAS PINHEIRO<sup>1</sup>**

**ALINE OLIVEIRA AGUIAR<sup>1</sup>**

**CAROLINA SPEZIALI LADEIRA VALENTE<sup>1</sup>**

**LAURA DE ALMEIDA LEMES<sup>1</sup>**

**LAURA DOURADO PAIVA<sup>1</sup>**

**LEILA ISMAIL HAMED KARAJA<sup>1</sup>**

**LYARA FREITAS DE QUEIROZ<sup>1</sup>**

**MILAGRES ARAÚJO NASCIMENTO<sup>1</sup>**

**NATÁLIA BARROS SALGADO VIEIRA<sup>1</sup>**

**REBECA MORENO GROSSO FLEURY<sup>1</sup>**

**SARAH JOANNY DA SILVA PEREIRA<sup>1</sup>**

**GABRIELA FEITOSA LINS DE ALBUQUERQUE<sup>2</sup>**

1. Discente - Medicina do Centro Universitário de Brasília.

2. Docente – Tutora do 4º período de Medicina do Centro Universitário de Brasília.

**Palavras-chave:**

*Hormonioterapia; Câncer de Mama; Tratamento*

## INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o tipo mais prevalente no mundo entre o sexo feminino. No Brasil, é a principal causa de óbito nas mulheres, com cerca de 17.572 mortes (BRITO *et al.*, 2014; GUEDES *et al.*, 2017). O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima 66.280 novos casos de câncer de mama feminino para o ano de 2021, correspondendo a um risco estimado de 61,61 a cada 100 mil mulheres (DA CONCEIÇÃO, 2015). As altas taxas de incidência no Brasil acompanham o valor dos países desenvolvidos, contudo, as medidas necessárias de prevenção, diagnóstico e controle da doença não seguem essa mesma evolução. Ademais, por possuir elevadas taxas de mortalidade e morbidade, o câncer de mama é considerado um problema de saúde pública mundial (BRITO *et al.*, 2014). Logo, ressalta-se a importância do rastreamento mamário e da detecção precoce por meio de programas de triagem, os quais ganharam significativa importância no mundo, pois identificam o tumor em uma fase pré-clínica com grandes chances de cura, evitando, assim, a ocorrência de metástases (WAKS *et al.*, 2019).

O câncer de mama se caracteriza pelo crescimento rápido e desordenado de células anormais nos tecidos mamários, além de ser uma doença multifatorial, pois sofre influências de fatores genéticos, biológicos e ambientais, os quais contribuem para o seu desenvolvimento (BRITO *et al.*, 2014). Nesse contexto, os carcinomas invasivos ductais e lobulares são as formas mais comuns de câncer de mama, em que o tumor rompe a membrana basal e pode se disseminar para outras partes do corpo, através do sistema linfático e da circulação sanguínea. Além disso, as classificações dos subtipos moleculares - como HER2+, receptor de hormônio positivo ou triplo negativo - são

essenciais para a adequação do tratamento farmacológico.

Existem, ainda, inúmeros fatores de risco associados ao surgimento do câncer de mama e envolvem nuliparidade, menarca precoce, menopausa tardia, primiparidade em idade avançada, não amamentação, histórico familiar de câncer mamário, além da maior incidência em mulheres com mais de 50 anos (LEITE *et al.*, 2011). Quanto ao tratamento, diversas abordagens estão disponíveis para a neoplasia mamária, tanto locais quanto sistêmicas, incluindo cirurgia, radioterapia, quimioterapia, imunoterapia e hormonioterapia (GUEDES *et al.*, 2017).

A hormonioterapia apresenta-se como uma forma de tratamento sistêmico para o câncer de mama. Baseia-se na utilização de fármacos antagonistas hormonais quimicamente semelhantes ou fármacos supressores hormonais, como o tamoxifeno e o anastrozol, de modo a evitar que os estrogênios se liguem a seus receptores e atuem como fator proliferativo de células neoplásicas mamárias (GABRIEL *et al.*, 2017; GUEDES *et al.*, 2017; BRITO *et al.*, 2014). A terapêutica é voltada para mulheres com receptores positivos de estrogênio e/ou progesterona e é associada com uma maior taxa de sobrevida e de qualidade de vida nessas pacientes, pois apresentam elevada eficácia, inúmeras opções de medicamentos disponíveis, além de ser uma estratégia terapêutica com boa tolerância, embora não isenta de efeitos colaterais (BURSTEIN *et al.*, 2014; GABRIEL *et al.*, 2017; GUEDES *et al.*, 2017).

Assim, o estudo tem como objetivo revisar os principais aspectos referentes à terapia hormonal no tratamento de câncer de mama.

## MÉTODO

O presente estudo consiste em uma revisão de literatura, sendo que a amostra de artigos foi obtida após as seguintes etapas de revisão: identificação do tema, palavras-chaves, critérios de inclusão e exclusão - quanto ao ano, ao idioma e à temática do artigo. A busca do referencial teórico para os artigos ocorreu através dos portais digitais: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/Pubmed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Springer Link, Google Acadêmico, Revista Brasileira de Cancerologia e Revista de Saúde Pública. Utilizou-se os seguintes descritores: “Hormonioterapia” e “Câncer de Mama”, combinados através do operador booleano AND. Nessa busca, foram encontrados 57 artigos.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês, português e espanhol; publicados no período de 2011 a 2021; disponibilizados na íntegra e que abordavam a temática proposta para esta pesquisa. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados; que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção, restaram 22 artigos. Os resultados foram apresentados e discutidos de forma descritiva em categorias temáticas, abordando: câncer de mama, hormonioterapia, efeitos colaterais da hormonioterapia.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Uma vez que o câncer mamário possui grande incidência em todo o mundo, houve desenvolvimento de diversas formas de tratamento, incluindo tratamento cirúrgico, radioterápico e sistêmico, que inclui a abordagem hormonioterápica (GABRIEL *et al.*, 2017).

Para o câncer de mama não-metastático, as principais metas da terapia são erradicar o tumor das mamas e das regiões linfonodais, além da prevenção de recorrência de metástase. Desse modo, o tratamento local consiste em ressecção cirúrgica e amostragem ou remoção dos linfonodos axilares, podendo também ser necessária complementação com radioterapia (WAKS *et al.*, 2019). A terapia endócrina adjuvante é altamente eficaz e apropriada para quase todas as mulheres com tumores positivos para receptores de estrogênio (RE+) e para receptores de progesterona (RPg+), tornando esse tratamento a terapia mais amplamente prescrita para pacientes com câncer (BURSTEIN *et al.*, 2014). Sob esse prisma, a hormonioterapia é utilizada para aumentar a sobrevida das pacientes oncológicas, com uso de medicamentos antagonistas ou supressores hormonais, que atuam evitando a ligação estrogênio-receptor e, conseqüentemente, a ativação de fatores estimulantes da proliferação de células malignas (GABRIEL *et al.*, 2017).

O tratamento hormonal tem duração longa e apresenta inúmeros efeitos adversos, o que é uma desvantagem em sua utilização. Por outro lado, é considerado muito eficaz, fato que o transforma em um dos principais métodos de escolha no tratamento contra o câncer. A definição da droga dependerá de alguns fatores, como o perfil da doença, status hormonal, risco de efeitos colaterais e desejo da paciente, sendo as principais o tamoxifeno, os inibidores de aromatase e o fulvestranto (MERINO BONILLA & TORRES TABANERA & ROS MENDOZA, 2017; GABRIEL *et al.*, 2017). O tamoxifeno é um modulador seletivo do receptor de estrogênio que atua competindo com o estradiol pelo receptor hormonal do tumor, e os inibidores de aromatase são medicamentos que bloqueiam o processo enzimático de síntese de estrogênio, ocasionando a supressão

tumoral. Ademais, fulvestranto é um medicamento representante de uma classe para tratamento endócrino da neoplasia mamária, que age causando um down-regulation dos receptores de estrogênio, bloqueando-os e degradando-os (GABRIEL *et al.*, 2017). Desse modo, as medicações dos moduladores seletivos do receptor de estrogênio (SERM's - selective estrogen receptor modulator) são os tamoxifeno, toremifeno e o raloxifeno, enquanto para os inibidores de aromatase (IA) são anastrozol, letrozol e exemestano (DA CONCEIÇÃO, 2015).

O tamoxifeno se apresenta como um quimiopreventivo indicado e utilizado para o tratamento e prevenção do câncer de mama, por ter como mecanismo de ação a competição com o estradiol pelo receptor tumoral estrogênico (LEITE *et al.*, 2010). Dessa forma, sua atuação pode ser tanto de maneira antagonista ao estrogênio, na mama, quanto agonista, no endométrio e no miométrio (DA CONCEIÇÃO, 2015). Esse fármaco tem como indicação pacientes diagnosticadas com câncer de mama RH+ e, também, mulheres de alto risco para essa neoplasia na pré ou pós-menopausa. De acordo com os estudos feitos, a hormonioterapia feita com o uso de tamoxifeno reduz o risco de recorrência do câncer de mama e, também, sua mortalidade. Além disso, esse fármaco proporcionou uma maior qualidade de vida das pacientes, aumento da sensação de controle terapêutico e menor interferência na vida social. Ainda se tratando de benefícios, em comparação à quimioterapia convencional, ele diminui os custos de hospitalização, equipamentos e recursos humanos, sendo disponibilizada pelo SUS gratuitamente (GUEDES *et al.*, 2017). Entretanto, apesar de diversos benefícios, as pesquisas comprovaram que o Tamoxifeno está associado à causa de numerosos efeitos colaterais, como ganho de peso, disfun-

ção sexual, déficits neurocognitivos, eventos trombogênicos, eventos oculares e ondas de calor (KWON *et al.*, 2019). Ademais, também são reações adversas comuns o aumento do risco de câncer endometrial, aumento da perda óssea em mulheres na pré-menopausa, menstruação irregular, alterações no corrimento vaginal e depressão (SHAPIRO *et al.*, 2001).

Desde o final da década de 1990, as diretrizes internacionais recomendam, no mínimo, 5 anos completos de tratamento endócrino sistêmico adjuvante com tamoxifeno para a maioria das pacientes na pós-menopausa com carcinoma de mama RH+. Recentemente, estudos clínicos demonstraram benefício adicional com os inibidores da aromatase de terceira geração (IA's) em mulheres na pós-menopausa (GÜTH *et al.*, 2011). A aromatase é uma enzima da família dos citocromos e possui alta expressão no tecido mamário tumoral. Dessa maneira, os inibidores da aromatase agem no bloqueio enzimático, suprimindo a produção de estrogênio e, conseqüentemente, a proliferação tumoral. Esses fármacos são classificados de acordo com seu mecanismo de ação: tipo 1, a exemplo do exemestano, atuam via ligação irreversível para com a aromatase, de modo a impedir a conversão da androstenediona, bloqueando a via metabólica da síntese estrogênica. Em contrapartida, as do tipo 2, a exemplo do anastrozol, atuam via ligação com a aromatase de maneira mais específica do que as do tipo 1 (GABRIEL *et al.*, 2017). Portanto, suprimem a conversão de andrógenos em estrogênios, resultando em depleção de estrogênio (TONG *et al.*, 2018).

O fulvestranto é um medicamento indicado para o tratamento endócrino da neoplasia mamária, o qual possui como mecanismo de ação a competição pelos receptores de estrogênio e, por isso, é considerado um fármaco degradador seletivo de RE (PAULA *et al.*, 2021;

TONG *et al.*, 2018). É importante ressaltar, que, com a condução de estudos, tal fármaco mostra-se efetivo e seguro para tratar os cânceres de mama avançado, recorrente ou metastático, em pacientes na pós-menopausa, as quais realizaram tratamento endócrino prévio (KIMIZUKA *et al.*, 2019). Em relação aos efeitos colaterais, são registrados, predominantemente, reação no local da vacina, ondas de calor, desordem articular, fadiga, dor de cabeça, náusea e constipação.

Nesse sentido, a hormonioterapia pode ser usada em primeira linha ou linhas subsequentes. A primeira diz respeito à administração dos inibidores de aromatase para mulheres situadas na pós-menopausa; a supressão ou ablação ovariana hormonal para pacientes na pré menopausa e, por fim, terapia hormonal combinada de inibidor de aromatase não esteroide e fulvestranto para pacientes sem exposição à terapia endócrina adjuvante prévia. Já a terapia de segunda linha envolve a administração de fulvestranto, podendo ser usado com letrozol ou anastrozol (RUGO *et al.*, 2016). É importante citar, também, o uso de inibidores de ciclina no cenário de câncer de mama metastático RH+. Os inibidores de CDK4/6 são uma classe de medicamentos que bloqueiam receptores importantes durante a divisão celular, interrompendo o crescimento das células cancerígenas. Assim, são usualmente utilizados em conjunto à hormonioterapia em tratamentos de câncer de mama avançado RH+/HER2-, tendo como principais representantes o abemaciclibe, palbociclibe e ribociclibe.

Como citado, o tratamento feito com hormonioterapia pode provocar uma variedade de efeitos colaterais, de tal modo que o manejo impacta de forma direta seu sucesso. O uso de tamoxifeno é comumente associado a fogaços, corrimento vaginal e menstruação irre-

gular, embora existam estudos sobre sua relação com distúrbios trombóticos, cardiovasculares, pulmonares e esqueléticos (WIŚNIEWSKA *et al.*, 2015; SHAPIRO & RECHT, 2001; KWON *et al.*, 2019). O ganho de peso também é referido por pacientes, porém não há evidências de que seja exclusivamente causado pelo medicamento (LAGARES *et al.*, 2013; SILVA, 2018). Quanto aos inibidores de aromatase - além dos sintomas clássicos de artralgia, fogaços, osteoporose e fadiga -, a relação entre o anastrozol e a síndrome de vasoconstrição cerebral reversível foi questionada, no entanto não existem dados ou outros relatos que permitam tal associação (CORAL CASAS *et al.*, 2019). Desse modo, a hormonioterapia se apresenta, de forma geral, como uma intervenção segura e eficaz para cânceres de mama RH+, com efeitos colaterais manejáveis e reversíveis, sendo essencial a efetiva comunicação médico-paciente acerca das possíveis repercussões para uma melhor adesão ao tratamento (SHAPIRO & RECHT, 2001; LIN, 2016). Assim, foi indicada a realização de tomografia por emissão de pósitrons associada à tomografia computadorizada (PET-CT),

As principais causas observadas pelos pacientes para a não adesão e não persistência à terapia são os efeitos colaterais adversos relacionados aos medicamentos (GÜTH *et al.*, 2011). Apesar da eficácia clínica de inibidores de aromatase e tamoxifeno comprovada, muitos sobreviventes do câncer de mama não conseguem tomar a dosagem na frequência prescrita (MURPHY *et al.*, 2012). Nesse sentido, mulheres com estadiamento avançado, que não realizaram cirurgia e possuem mais de 3 internações são as mais suscetíveis a descontinuar a medicação (GUEDES *et al.*, 2017). A baixa adesão ao tratamento oncológico consiste em um problema de ordem mundial, o

qual possivelmente ocasionará a baixa efetividade do tratamento ou a progressão da doença. Dessa forma, é importante que o paciente aja, associadamente ao acompanhamento adequado da clínica ou hospital, de forma ativa e responsável com relação à sua doença.

A troca de medicação durante o tratamento ocorre, também, devido aos efeitos colaterais adversos. Os médicos com experiência no acompanhamento de pacientes com câncer de mama estão cientes dessas questões e podem oferecer uma variedade de estratégias de tratamento não farmacológico e farmacológico que aliviam os sintomas dos efeitos colaterais. Em alguns casos, a troca de medicamentos é uma opção promissora (GÜTH *et al.*, 2011). Contudo, muitos pacientes interrompem a terapia sem tentar uma modificação medicamentosa, sobretudo aqueles sem acompanhamentos psicoterapêutico ou multidisciplinar. O risco de descontinuidade do tratamento ainda foi menor em mulheres com nível médio e superior de escolaridade, presença de companheiro e histórico familiar de câncer - as quais tenham sido submetidas anteriormente à cirurgia e consultas regulares não só com mastologista, mas também com oncologista clínico (BRITO *et al.*, 2014). Por fim, é importante analisar as taxas de adesão e de persistência em conjunto para entender os fatores relacionados, a fim de garantir o benefício individual e social da hormonioterapia para o tratamento (GUEDES *et al.*, 2017).

As diretrizes anteriores da ASCO recomendavam o tratamento de mulheres com câncer de mama RH+ e que estavam na pré-menopausa com 5 anos de tamoxifeno, e aquelas que estão na pós-menopausa, com um mínimo de 5 anos de terapia adjuvante, com um inibidor da aromatase ou tamoxifeno, seguido por um inibidor da aromatase. A partir das atualizações, se as mulheres estão na pré

ou perimenopausa e receberam 5 anos de tamoxifeno adjuvante, elas devem receber tamoxifeno com duração total de 10 anos; se estiverem na pós-menopausa e tiverem recebido 5 anos de tamoxifeno adjuvante, deve-se oferecer a opção de continuar com o tamoxifeno ou mudar para um inibidor da aromatase por 10 anos de terapia adjuvante total. Além de ganhos modestos na sobrevida, a terapia prolongada com tamoxifeno por 10 anos em comparação com 5 anos foi associada a menores riscos de recorrência do câncer de mama e câncer de mama contralateral (BURSTEIN *et al.*, 2014).

A hormonioterapia continua sendo a base do tratamento dos cânceres RH+, sendo geralmente administrada pela combinação de drogas, principalmente no cenário metastático, uma vez que atuam por mecanismos distintos, a fim de se obter um melhor resultado. Contudo, cânceres RH+ metastáticos podem desenvolver resistência a terapias hormonais padrões, mediada por alterações genômicas no RE e/ou por uma regulação positiva de outras vias de sinalização. Portanto, visando reverter a resistência a tais medicamentos, novos agentes estão sendo desenvolvidos, a exemplo dos inibidores CDK4/6, inibidores da histona desacetilase (HDAC), inibidores de esteróide sulfatase, além de terapias direcionadas às vias PI3K/Akt /mTOR (SHAPIRO & RECHT, 2001). Vale ressaltar que a resposta aos medicamentos, bem como a resistência a eles, tem variação entre os diferentes tipos de metástase, como óssea, pulmonar e cerebral (LIANG *et al.*, 2020). Entretanto, as opções de tratamento atualmente disponíveis ainda são de custo elevado, o que fomenta a busca por terapias complementares e integrativas como únicas opções de tratamento. Assim, investimentos em pesquisas são necessários para que sejam desenvolvidas novas estratégias terapêuticas

capazes de reduzir as recidivas e a taxa de mortalidade do câncer de mama (GABRIEL *et al.*, 2017).

## CONCLUSÃO

O uso de terapia hormonal é um dos maiores avanços no tratamento do câncer de mama RH+ e pode ser usado como monoterapia ou com associação com outras drogas, a depender do cenário da doença. Nesse sentido, a hormonioterapia atua como uma das formas mais eficientes de tratamento, evitando a progressão da doença e, muitas vezes, promovendo a cura depois de alguns anos de tratamento.

Existem diferentes formas de terapia hormonal, mas independente disso, são recomendados pelo menos 5 anos completos de tratamento endócrino no cenário adjuvante, geralmente com tamoxifeno e inibidores da aromatase de terceira geração para benefício adicional, em especial para mulheres em pós-menopausa. Dessa forma, a hormonioterapia tem

como objetivo reduzir as concentrações hormonais de estrogênio e bloquear a ação celular deste hormônio.

Apesar de ser extremamente benéfico, esse tipo de tratamento também possui seus efeitos colaterais indesejados. Dentre os pontos negativos, a hormonioterapia pode causar fogachos, menstruação irregular, fadiga, artralgia, osteopenia, entre outros. Todos esses efeitos causam certa dificuldade de adesão, fazendo com que os pacientes não tomem a dosagem prescrita ou interrompam o tratamento antes do tempo previsto. Por conta disso, no decorrer do tratamento, é função do médico acompanhar a paciente e tratar os efeitos colaterais que surgirem da melhor forma possível.

Por fim, é válido ressaltar a importância de mais investimentos nessa área, com foco principalmente no desenvolvimento de estudos relacionados à melhoria da tolerabilidade aos tratamentos, visando aumentar a qualidade de vida das pacientes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRITO, C. & PORTELA, M. C. & VASCONCELLOS, M. T. L. DE. Fatores associados à persistência à terapia hormonal em mulheres com câncer de mama. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 2, p. 284–295, abr. 2014.
- BURSTEIN, H. J. *et al.* Adjuvant Endocrine Therapy for Women With Hormone Receptor–Positive Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Focused Update. *Journal of Clinical Oncology*, v. 32, n. 21, p. 2255–2269, 20 jul. 2014.
- CORAL CASAS, J. *et al.* Síndrome de vasoconstricción cerebral reversible asociado a anastrozol: una causa inusual de alto impacto. *Revista de Neurología*, v. 68, n. 06, p. 250, 2019.
- DA CONCEIÇÃO, S. B. *Hormonioterapia no tratamento do câncer de mama: revisão de literatura [tese]*. São Paulo: HSPM, 2015.
- GABRIEL, G. *et al.* QUIMIOTERAPIA, HORMONIOTERAPIA E NOVAS ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO DO ADENOCARCINOMA MAMÁRIO. *Enciclopédia Biosfera*, v. 14, n. 26, p. 583–608, 5 dez. 2017.
- GUEDES, J. B. R. *et al.* Fatores associados à adesão e à persistência na hormonioterapia em mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, n. 4, p. 636–649, dez. 2017.
- GÜTH, U. *et al.* Drug switch because of treatment-related adverse side effects in endocrine adjuvant breast cancer therapy: how often and how often does it work? *Breast Cancer Research and Treatment*, v. 129, n. 3, p. 799–807, 13 jul. 2011.
- INCA. Estatísticas de câncer. Instituto Nacional de Câncer, 2021. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>>. Acesso em: 17 nov. 2021.
- KIMIZUKA, K. *et al.* Multicenter Observational Study of Fulvestrant 500 mg in Postmenopausal Japanese Women with Estrogen Receptor-Positive Advanced or Recurrent Breast Cancer after Prior Endocrine Treatment (SBCCSG29 Study). *Journal of Nippon Medical School*, v. 86, n. 3, p. 165–171, 26 jun. 2019.
- KWON, Eiyong *et al.* Tamoxifen-induced acute eosinophilic pneumonia in a breast cancer patient. *International journal of surgery case reports*, v. 60, p. 186–190, 2019.
- LAGARES, É. B. *et al.* Excesso de Peso em Mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama em Hormonioterapia com Tamoxifeno. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 59, n. 2, p. 201–210, 28 jun. 2013.
- LEITE, F. M. C. *et al.* Mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama em Tratamento com Tamoxifeno: Perfil Sociodemográfico e Clínico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 57, n. 1, p. 15–21, 31 mar. 2011.
- LIANG, Y. *et al.* Metastatic heterogeneity of breast cancer: Molecular mechanism and potential therapeutic targets. *Seminars in Cancer Biology*, v. 60, p. 14–27, fev. 2020.
- LIN J.J. Patient-provider communication and hormonal therapy side effects in breast cancer survivors, *Women & Health*, v. 57, n. 8, p. 976–989, 01 nov. 2016.
- MERINO BONILLA, J. A. & TORRES TABANERA, M. & ROS MENDOZA, L. H. El cáncer de mama en el siglo XXI: de la detección precoz a los nuevos tratamientos. *Radiología*, v. 59, n. 5, p. 368–379, set. 2017.
- MURPHY, C. C. *et al.* Adherence to adjuvant hormonal therapy among breast cancer survivors in clinical practice: a systematic review. *Breast Cancer Research and Treatment*, v. 134, n. 2, p. 459–478, 12 jun. 2012.
- PAULA, J. C. P. DE *et al.* Hormonioterapia no tratamento de câncer de mama em pacientes do sexo feminino: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 3, p. e26810313235, 15 mar. 2021.
- RUGO, H. S. *et al.* Endocrine therapy for hormone receptor–positive metastatic breast cancer: American Society of Clinical Oncology guideline. *Journal of Clinical Oncology*, v. 34, n. 25, p. 3069–3103, 2016.
- SHAPIRO, C. L. & RECHT, A. Side Effects of Adjuvant Treatment of Breast Cancer. *New England Journal of Medicine*, v. 344, n. 26, p. 1997–2008, 28 jun. 2001.
- SILVA, K. F. D. L. Fatores associados ao ganho de peso em pacientes com câncer de mama em hormonioterapia [tese]. Brasília: Repositório Uniceub, 2018.
- TONG, C. W. S. *et al.* Recent Advances in the Treatment of Breast Cancer. *Frontiers in Oncology*, v. 8, 14 jun. 2018.
- WAKS, A. G. *et al.* Breast Cancer Treatment: a review. *JAMA*, v. 3, n. 321, p. 288–300, 2019.
- WISNIEWSKA, I. *et al.* The pharmacological and hormonal therapy of hot flushes in breast cancer survivors. *Breast Cancer*, v. 23, n. 2, p. 178–182, 24 out. 2015.

# CAPÍTULO 15

## FATORES SOCIOECONÔMICOS ASSOCIADOS AO TIPO DE PARTO EM GOIÁS

**ANA ISABEL SODRÉ LIMA<sup>1</sup>**  
**ALESSANDRA SILVA CAETANO<sup>1</sup>**  
**ANA PAULA BARRETO ARANTES<sup>1</sup>**  
**BEATRIZ CAMPOS COSTA<sup>2</sup>**  
**ELISSANDRA FERREIRA LOIOLA<sup>2</sup>**  
**HELENE DANTAS LIMA VICENTINI<sup>2</sup>**  
**KAMILA VIEIRA DIAS<sup>2</sup>**  
**LEONARDO GOMES FERREIRA<sup>2</sup>**  
**EVILANNA LIMA ARRUDA<sup>3</sup>**  
**FÁBIO VIEIRA DE ANDRADE BORGES<sup>4</sup>**

1. Discente – Medicina da Universidade de Rio Verde (UniRV) – Campus Rio Verde.
2. Discente – Medicina da Universidade de Rio Verde (UniRV) – Campus Goianésia.
3. Docente – Professora Adjunta II da UniRV – Campus Goianésia.
4. Docente – Professor Adjunto III da UniRV – Campus Rio Verde.

**Palavras-chave:**

*Cesárea; Fatores socioeconômicos; Epidemiologia*



## INTRODUÇÃO

Nos últimos 50 anos, o parto e a assistência à parturiente passaram por modificações significativas. O evento ocorria fora do ambiente hospitalar, com parteiras, desprovido de intervenção medicamentosa. Na modernidade, com o desenvolvimento de estratégias de assistência ao parto, ele passou a decorrer em hospitais, mediado por equipes de profissionais da atenção multidisciplinar e com auxílio de moderna intervenção medicamentosa. Diante desse novo cenário, existe um distanciamento entre o vínculo profissional e parturiente, com aumento significativo na escolha do parto cesáreo associado à crescente destituição da autonomia da mulher, ou seja, o sujeito passando a representar um objeto (VENDRÚSCULO *et al.*, 2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o índice mundial de partos cesarianos em 1980 representava 6%, dado que triplica em 2016, configurando 18,6%. Anteriormente caracterizada como medida de exceção, a cesariana assume indicação geral e desmedida (FILHO *et al.*, 2018). O alarmante número de cesarianas no Brasil alcança as mais altas taxas do mundo, tendo a OMS se referido a uma “epidemia de cesarianas”, uma vez que o país apresentou, no ano de 2016, uma taxa de 55,4% de partos cesáreos, muitos deles fora de contexto, o que, por vezes, pode ser classificado como uma violência obstétrica (BRASIL, 2019).

A comissão de parto da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) afirma que só existem duas indicações absolutas para a realização do parto cesáreo: a desproporção céfalo-pélvica e a apresentação prévia da placenta, enquanto outras situações devam ser avaliadas

individualmente. Quando o parto cesáreo é justificado por meio de indicações médicas reais, ele reduz a mortalidade materna e neonatal, tornando o parto mais seguro (SILVA *et al.*, 2020a). Porém, em detrimento às decisões médicas de evitar trabalhos de parto demorados, atrelado aos desejos da parturiente de impedir a dor do parto vaginal, parir em uma data exata, e extinguir as preocupações sobre o funcionamento sexual no pós-parto, temos a perpetuação do parto cesáreo sem a devida necessidade. Quando executadas inadvertidamente, acarretam impasses à saúde materna e fetal, como infecção pós-parto, hemorragia e necessidade de transfusão sanguínea, internações em unidades de terapia intensiva, além de morte materna (MASCARELLO *et al.*, 2017).

No Brasil, as altas taxas de cesariana correlacionam-se com a etnia branca, atendimento privado e maior nível socioeconômico (OLIVEIRA *et al.*, 2018), assim, há um maior acesso a tal procedimento entre esses grupos. A OMS recomenda a utilização da Classificação de Robson para a decisão de realizar uma cesárea. Tal classificação consiste em avaliar o número de gestações, se o trabalho de parto foi espontâneo ou induzido, além da idade gestacional e a apresentação fetal (OJEDA, 2019). No entanto, apesar da existência dessa classificação, por vezes as cesarianas são executadas sem indicações médicas.

Torna-se possível observar que, além da vontade médica para a realização da cesárea, há uma grande influência atrelada aos fatores socioeconômicos da futura mãe. O conjunto de fatores socioeconômicos engloba uma série de variáveis associadas, como a ocupação e o nível escolar dos familiares, a renda, o local de moradia, a etnia, as faixas etárias, dentre outros. Tais características conferem

diferenças sociais que espelham diretamente no serviço de saúde escolhido para o momento especial da vida da gestante: o parto (PEREIRA *et al.*, 2020).

Diante do cenário da “epidemia das cesarianas”, seus impactos sob a saúde materno-infantil e a sua relação com o contexto socioeconômico em que a mãe está inserida, o presente estudo teve como objetivo descrever a epidemiologia dos partos em Goiás, quanto a via de parto, e analisar os fatores associados à prevalência do parto cesariano.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, analítico do tipo transversal por possibilitar delimitar parâmetros e estabelecer hipóteses sobre as variáveis de fatores socioeconômicos que se associam ao tipo de parto - vaginal ou cesáreo - realizado pela parturiente, e sua relação com o número de casos de partos cesáreos no estado de Goiás.

Os dados utilizados nesta análise foram coletados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no programa TabNet, que gera estatísticas vitais fundamentadas nas declarações epidemiológicas de mortalidade e de nascidos vivos. O período para a busca das notificações se deu entre os anos de 2009 a 2019, por conter dados mais recentes e indicar o atual cenário do tipo de parto mais realizado no estado de Goiás, e foram desconsiderados os nascimentos ignorados quanto a via de parto realizada. As variáveis avaliadas foram: faixa-etária, instrução, estado civil, cor/raça, adequação quantitativa do pré-natal e tipo de parto.

Para avaliação da faixa-etária da mãe, essa variável foi dividida em um grupo de “baixo

risco”, compreendendo as mulheres de 15 a 34 anos e em um grupo de “alto risco”, que inclui as mulheres abaixo de 15 e aquelas com 35 anos ou mais. A estratificação das gestações de risco foi feita com base nos marcadores e fatores de risco preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

Para análise do estado civil, as variáveis foram organizadas em “com parceiro”, englobando as mulheres casadas e em união consensual e em “sem parceiro” correspondendo às mulheres solteiras, viúvas e separadas judicialmente. Para a avaliação da relação entre o número de consultas e o tipo de parto, as variáveis foram reagrupadas em “menos de 6 consultas” incluindo o pré-natal ausente, inadequado e intermediário e “6 consultas ou mais”, correspondendo ao pré-natal adequado e mais que adequado.

Os dados abaixo evidenciados foram submetidos a análise estatística realizada com a utilização do programa IBM SPSS *Statistics* versão 26 (IBM, 2019) para os cálculos de teste qui-quadrado de independência ( $p < 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo), risco relativo, *odds ratio* (razão de chances) e intervalo de confiança (95%). Os achados foram representados em tabelas e gráficos para melhor visualização dos resultados e entendimento.

Este estudo não foi apresentado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que as informações aqui analisadas são de acesso livre online, de interesse e consulta pública, conforme Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

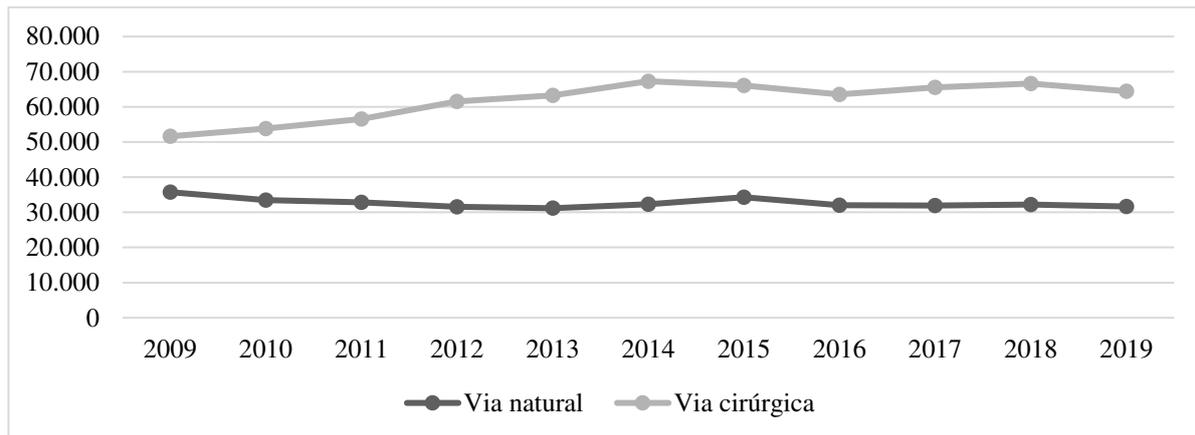
## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2009 a 2019, foram registrados, na plataforma TabNet, o total de

1.039.610 nascimentos. Dentre esses, 359.296 (34,56%) corresponderam a partos vaginais e 680.314 (65,44%) a partos cesáreos. Como mostra o **Gráfico 15.1**, observa-se que houve aumento gradativo na taxa de cesarianas de 2009 (59%) a 2014 (67,6%), com redução de

1,76% no ano de 2015 (65,83%). A partir dessa data, as taxas de cesarianas continuaram a aumentar, com exceção de 2019 (67,02%), em que ocorreu diminuição de 0,38% em comparação a 2018 (67,4%).

**Gráfico 15.1** Frequência de partos naturais e cirúrgicos em Goiás



**Fonte:** DATASUS, 2009-2019.

Entre as variáveis analisadas (faixa-etária, instrução, cor/raça, estado civil da mãe e número de consultas do pré-natal), todas mostraram resultados estatisticamente significativos com o evento em estudo, ou seja, o parto cesariano, conforme mostra a **Tabela 15.1**.

Nas mulheres de “baixo risco” foram registrados 329.715 (35,80%) nascimentos por parto natural e 591.504 (64,20%) pela via operatória. Já as mulheres classificadas na categoria de “alto risco” apresentaram 29.526 (25%) partos naturais e 88.624 (75%) cesarianos (OR = 0,598; RR = 0,856; IC95% = 0,856-0,853;  $p < 0,0001$ ) (**Tabela 15.1**).

Conforme mostra a **Tabela 15.1**, ocorreram variações diante a “instrução” materna: mulheres com nenhuma instrução representaram 1.634 partos naturais (59,33%) e 1.120 (40,67%) partos pela via operatória. Já mulheres com instrução entre 1 a 11 anos apresentaram 316.493 partos naturais

(40,01%) e 474.466 (59,99%) partos por via operatória. Mulheres com 12 ou mais anos de instrução: 35.872 (15%) partos via natural e 193.803 (84,39%) partos via operatória ( $p < 0,0001$ ).

Pode-se observar na **Tabela 15.1**, que, em relação ao “estado civil”, mulheres com parceiros tiveram 157.798 (27,81%) partos via natural e 409.526 (72,19%) partos via operatória. Entretanto, mulheres sem parceiros registraram 195.121 (43,01%) normal e 258.562 (56,99%) via operatória (OR = 0,510; RR = 0,790; IC95% = 0,787-0,792;  $p < 0,0001$ ).

Diante a “cor/raça”, foram registradas em mulheres brancas 66.900 (21,91%) partos por via natural e 239.425 (78,08%) via operatória. No grupo de mulheres pretas 15.386 (45,58%) partos por via natural e 18.368 (54,41%) via operatória. Já no grupo de mulheres amarelas 2.654 (36,43%) parto via natural e 4.630 (63,56%) via operatória. Na categoria de mulheres pardas: 232.018 (39,72%) parto via

natural e 352.023 (60,28%) via operatória. No grupo de mulheres indígenas 378 (41,90%) partos naturais e 524 (58,09%) via operatória ( $p < 0,0001$ ) (Tabela 15.1).

No que se refere ao pré-natal, 406.792 (73,60%) parturientes realizaram 6 consultas ou mais, o que se configura como um dado positivo conforme as recomendações do Ministério da Saúde, que recomenda que sejam realizadas pelo menos seis consultas

pré-natais, no caso de gestantes de risco habitual (BRASIL, 2013).

Das parturientes que realizaram menos de 6 consultas de pré-natal, houve 71.013 (48,65%) partos naturais e 75.142 (51,48%) cesarianos. Por fim, no grupo das mulheres que tiveram 6 consultas ou mais ocorreram 110.290 (27,11%) partos naturais e 296.502 (72,89%) cesarianos (OR = 0,393; RR = 0,705; IC95% = 0,702-0,709;  $p < 0,0001$ ) (Tabela 15.1).

Tabela 15.1 Análise dos nascimentos segundo fatores associados à via de parto em Goiás (2009-2019)

Variáveis	Vaginal		Cesáreo		Total	$\chi^2$	RR	Odds ratio	IC95%	p
	N	%	N	%						
<b>Faixa Etária</b>						5401,439	0,856	0,598	0,856-0,853	p < 0,0001
<b>Baixo risco</b>	329.715	35,80	591.504	64,20	921.219					
<b>Alto risco</b>	29.526	25	88.624	75	118.150					
<b>Estado Civil</b>						25729,746	0,790	0,510	0,787-0,792	p < 0,0001
<b>Sem parceiro</b>	195.121	43,01	258.562	56,99	453.683					
<b>Com parceiro</b>	157.798	27,81	409.526	72,19	567.324					
<b>Pré-Natal</b>						21268,602	0,705	0,393	0,702-0,709	p < 0,0001
<b>Menos de 6 consultas</b>	71.013	48,65	75.142	51,48	145.955					
<b>6 consultas ou mais</b>	110.290	27,11	296.502	72,89	406.792					
<b>Instrução</b>						47564,546	-----	-----	-----	p < 0,0001
<b>Nenhuma</b>	1.634	59,33	1.120	40,67	2.754					
<b>1 a 11 anos</b>	316.493	40,01	474.466	59,99	790.959					
<b>12 anos ou mais</b>	35.872	15	193.803	84,39	229.675					
<b>Cor/Raça</b>						32026,396	-----	-----	-----	p < 0,0001
<b>Branca</b>	66.900	21,91	239.425	78,08	305.325					
<b>Parda</b>	232.018	39,72	352.023	60,28	584.041					
<b>Preta</b>	15.386	45,58	18.368	54,41	33.754					
<b>Amarela</b>	2.654	36,43	4.630	63,56	7.284					
<b>Indígena</b>	378	41,90	524	58,09	902					

N= Número de partos;

$\chi^2$ = Teste Qui-Quadrado;

RR= Risco Relativo;

Odds ratio= Razão de Chances;

IC95%= Intervalo de Confiança de 95%.

Fonte: Adaptado da plataforma DATASUS, 2009 a 2019.

Desde 1985, a OMS preconiza que a taxa ideal de cesáreas seria entre 10 a 15% de todos os partos. Essa declaração afirma, ainda, que: “Não existe justificativa para qualquer região do mundo ter uma taxa superior a 10-15%.” (OMS, 2015). No entanto, essa recomendação tem sido, significativamente, descumprida na prática, como pode-se observar em Goiás, onde, em todos os anos analisados, a taxa de cesariana foi superior a 50%.

Essa recomendação é baseada na falta de evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitam desse procedimento traga benefícios. Pelo contrário, a cesariana, como qualquer cirurgia, acarreta riscos à saúde materno-fetal (OMS, 2015), estando associada a um risco de morte dez vezes maior, comparado ao parto normal; além de outros riscos como embolia pulmonar e complicações anestésicas. Ademais, está associada a maiores complicações para os recém-nascidos, como problemas respiratórios, prematuridade e mortalidade neonatal (SILVA *et al.*, 2020b). Por outro lado, pesquisas mostraram que os coeficientes de mortalidade materna e neonatal apresentaram valores mais adequados quando as taxas de cesarianas se mantinham no intervalo preconizado pela OMS (RATTNER *et al.*, 2016), reforçando a importância de realizar o parto cesáreo somente quando há motivos médicos.

Na análise da faixa-etária, as mulheres do grupo de “alto risco” apresentaram a maior proporção de cesarianas. No que se refere às mães acima de 35 anos, sabe-se que a taxa de complicação materna e fetal aumenta com o envelhecimento fisiológico materno (EUFRÁSIO, 2017). Portanto, a maior porcentagem de cesarianas entre essas mulheres pode estar relacionada a maior frequência dessas complicações (PÁDUA *et al.*, 2010), que contraindicam o parto vaginal.

No entanto, não se pode ignorar que, muitas vezes, o profissional induz a decisão quanto à via de parto por usar como motivo a percepção social de que a idade se relaciona com um mau estado de saúde e não a presença de evidências científicas concretas (SILVA *et al.*, 2020a).

De forma semelhante, a gravidez na adolescência também pode estar relacionada à maior ocorrência de complicações como prematuridade e baixo peso ao nascer. Assim, a prevalência das cesarianas se justifica pelos maiores riscos gestacionais (SANTOS *et al.*, 2018). Em resumo, foi observada uma associação positiva entre o tipo de parto e a faixa-etária, com maior prevalência de cesariana entre as mulheres de “alto risco”, enquanto as mulheres de 15 a 34 anos possuíram um risco 0,856 vezes menor de realizarem o parto por essa via (**Tabela 15.1**).

Com relação ao “estado civil”, mulheres sem parceiro apresentaram 0,510 vezes menos chance de realizarem parto cesariano em comparação às mulheres com parceiro, as quais evidenciaram prevalência de cesarianas (**Tabela 15.1**). Relação que também foi verificada por Pádua *et al.* (2010), os quais observaram que as mulheres com parceiro detêm sete pontos percentuais maior na prevalência de cesarianas do que entre as não unidas. No entanto, observou-se que essa variável requer mais estudos, já que foram encontradas poucas pesquisas que relacionassem o estado civil ao tipo de parto.

Além disso, mulheres inseridas em um contexto social privilegiado, aquelas com maior nível de escolaridade e brancas, também foram associadas a uma maior taxa de cesarianas, resultado que é consoante com o de outros autores (BARROS *et al.*, 2011; FREITAS *et al.*, 2016; RATTNER *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2020a). Acredita-se que esse cenário seja justificado, sobretudo, pela

visão historicamente construída do parto normal e cesáreo e pela predileção dos próprios obstetras pelo parto cirúrgico.

Esse cenário ocorre, pois, a cesariana é compreendida, pela maioria das gestantes, como uma forma indolor e conveniente de promover o nascimento (FREITAS *et al.*, 2016), já que as mulheres podem escolher o dia e a hora em que o bebê nascerá (SILVA *et al.*, 2020a). Assim, nessa perspectiva de fuga da dor e da imprevisibilidade do parto vaginal (EUFRÁSIO, 2017), o procedimento tem se tornado uma mercadoria de consumo, sendo mais prevalente em mulheres com maior poder aquisitivo (SILVA *et al.*, 2020a). Essas mulheres são, por sua vez, as com alta escolaridade, maior idade, que residem nas regiões mais ricas do país e brancas, sendo o *proxys* do uso dos serviços privados, que, historicamente, apresentam maior taxa de cesáreas comparado aos serviços públicos (RATTNER *et al.*, 2016; EUFRÁSIO, 2017; SILVA *et al.*, 2020a).

Outro fator relacionado se refere a influência dos profissionais de saúde no momento do parto, Sakae *et al.* (2009) observaram que obstetras com perfil mais intervencionista realizaram quase três vezes mais cesáreas em comparação aos colegas que escolhiam partos com menos intervenção. Também se associa o aumento das taxas desse método à pouca habilidade dos profissionais para assistir o parto vaginal e a maior conveniência e rentabilidade que o parto cesáreo proporciona para os mesmos (SILVA *et al.*, 2020a), já que pode ser realizado em menor tempo e com maior lucratividade, pelo aumento das despesas dos hospitais (RISCADO *et al.*, 2021).

Riscado *et al.* (2021) realizaram um estudo com mulheres que apresentavam majoritariamente o perfil: média de 30 anos,

viviam com companheiro, ensino superior e rendas compatíveis com as classes médias e altas. Nessa pesquisa foi observado que as mulheres relacionam o parto natural a uma ameaça à integridade estética íntima e sexual feminina. No entanto, muitas vezes, as iatrogenias derivadas de intervenções médicas no parto vaginal, como a episiotomia, deixam sequelas nas funções excretoras e sexuais, que são confundidas, pelas mulheres, como agressões do parto em si. Assim, de forma errônea, se cria essa visão de “brutalidade” do parto natural, compartilhada pela sociedade e pelos próprios obstetras.

O pré-natal é fundamental para o correto acompanhamento da saúde da gestante e do bebê, tendo sido verificado neste estudo que a maior parte (73,60%) das gestantes teve acesso ao pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde - mínimo de 6 consultas. Ademais, o pré-natal é de fundamental importância, pois, por meio de projetos como a Rede Cegonha e acompanhamento multidisciplinar, tem por objetivo o acolhimento de toda a gestação e suas decisões, como quanto à via de parto, preconizando uma gravidez isenta de riscos e o nascimento de uma criança saudável (BRASIL, 2013).

Os resultados mostraram que o número de intervenções aumenta com a elevação de uma gestação mais assistida, de modo que as mulheres que fizeram menos de 6 consultas tiveram um risco 0,705 vezes menor de realizarem parto cesariano. Esse resultado pode parecer paradoxal à primeira vista, porém deve-se considerar que pacientes com comorbidades, entre elas as hipertensas e diabéticas, consultam os médicos com maior frequência. Assim, por conta de seus problemas de saúde, elas apresentam uma maior taxa de cesáreas (PÁDUA *et al.*, 2010). No entanto, não se pode deixar de observar

que, mesmo no pré-natal com menos de 6 consultas, a porcentagem de partos cesáreos (51,83%) ultrapassou a de partos vaginais (48,17%) (**Tabela 15.1**).

O pré-natal se revela imprescindível tanto para proteção da mãe e do bebê (SILVA *et al.*, 2020b) quanto para orientação da mulher e sua família sobre a gestação, o parto e os cuidados com o recém-nascido (SANTOS *et al.*, 2018). A atenção pré-natal deve atuar de modo que a escolha da mulher pela via de nascimento de sua preferência seja uma decisão informada e pautada em critérios científicos. A partir disso, a mulher pode participar ativamente do seu parto, processo fisiológico e parte dos direitos reprodutivos femininos (SILVA *et al.*, 2020a).

## CONCLUSÃO

Conclui-se que na epidemiologia dos partos em Goiás há uma prevalência de nascimentos do tipo cesáreo, correspondendo a 65,44% em relação ao percentual total, fato dado aos diversos fatores psicológicos e socioeconômicos inseridos no contexto da maternidade. Observa-se que as mulheres privilegiadas economicamente (brancas e com maior instrução) apresentam maior proporção de cesarianas, o que se acredita estar relacionado à visão da dor associada ao parto normal e aos benefícios das cesáreas eletivas como o maior controle do momento em que o parto será realizado e do dia em que retornarão aos seus respectivos empregos.

Além dos fatores associados a preferência das mães pelas cesarianas, deve-se considerar

o papel dos obstetras nesse cenário, uma vez que, com o enquadramento do parto em um modelo hospitalocêntrico, por vezes, motivados pela maior conveniência do parto cirúrgico, os profissionais optam por realizar as cesarianas sem indicações médicas reais que justifiquem a necessidade dessa cirurgia. Tal prática pode colocar em risco a saúde materno-fetal, já que, como várias pesquisas demonstraram, na ausência de indicações médicas, a cesariana está relacionada a altas taxas de morbimortalidade materna e fetal.

Entretanto, as cesáreas continuam ganhando como método mais procurado pelas mulheres, sendo necessárias medidas preventivas para essa “epidemia”. Algumas formas de mudar esse cenário são a realização de projetos políticos que apoiem o nascimento natural, como limitação de percentual de cesariana por instituição de saúde e por médico, bem como o incentivo a utilização da Classificação de Robson para indicação das cesarianas. É necessária uma maior conscientização dos estudantes de medicina e médicos, que devem estar comprometidos, no exercício de suas profissões, com a saúde dos seus pacientes. Ademais, deve ocorrer um melhor esclarecimento das mães, durante o pré-natal, quanto aos benefícios e riscos de cada via de parto, permitindo um parto mais humanizado, onde os tabus da sociedade não as deixarão perder o protagonismo no nascimento do seu bebê.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, A.J.D. *et al.* Padrões dos partos em uma coorte de nascimentos: cesarianas quase universais para os ricos. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, p. 635, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>>. Acesso em: 14 fev. 2022.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2013; 1 ed., n. 32, p. 318.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília, 2010; 5. ed., p. 302.
- BRASIL, Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Trecent sima Vigésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 22 e 23 de agosto de 2019. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/images/Reco038.pdf?fbclid=IwAR3cTQjbEo8NQ7m6rELCJbqelHtooIuKSRkvgEhg0l1EDtwXB2vOhhgPvSU>>. Acesso em 10 mai. 2021.
- EUFRÁSIO LS. Prevalência e fatores associados ao parto cesáreo no contexto regional brasileiro em mulheres de idade reprodutiva [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2017.
- FILHO, M.B. *et al.* A OMS e a epidemia de cesarianas [editorial]. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 18, p. 3, 2018.
- FREITAS, P.F. *et al.* Associa o entre fatores institucionais, perfil da assistência ao parto e as taxas de cesariana em Santa Catarina. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 19, p. 525, 2016.
- IBM Corp. Released 2019. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- MASCARELLO, K.C. *et al.* Complica es maternas e cesárea sem indica o: revisão sistemática e meta-análise. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 105, 2017.
- OJEDA, M.F. Por que a taxa de partos por cesariana   alta na América Latina? *Clue*, 2019.
- OLIVEIRA KD, MARQUES L, MARQUES R. Aspectos referentes às diferenças sociais no parto – fatores comparativos ao atendimento público e privado em Joaçaba, SC. 2018; (1): p. 25-26. [Apresentado no I S mpo io de Saúde Mental; 2018 Out 2; Santa Catarina, SC].
- ORGANIZA O MUNDIAL DE SAÚDE, Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Human Reproduction Programme. Declara o da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra, Su a; 2015. Disponível em: <[https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/pt/#:~:text=Desde%201985%2C%20a%20comunidade%20m%C3%A9dica,desenvolvidos%20como%20naqueles%20em%20desenvolvimento](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/pt/#:~:text=Desde%201985%2C%20a%20comunidade%20m%C3%A9dica,desenvolvidos%20como%20naqueles%20em%20desenvolvimento)>. Acesso em 12 mai. 2021.
- PÁDUA, K.S.D. *et al.* Fatores associados à realiza o de cesariana em hospitais brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, p. 70, 2010.
- PEREIRA, T.G. *et al.* Fatores associados ao *near miss* neonatal no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, p. 123, 2020.
- RATTNER, D. *et al.* Nascimentos no Brasil: associa o do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 16, p. 39, 2016.
- RISCADO, L. *et al.* Controle tecnológico do corpo e da vida: Cesariana entre mulheres usuárias do setor privado. *Psicologia & Sociedade*, v. 33, p. 1, 2021.
- SAKAE, T.M. *et al.* Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, p. 472, 2009.
- SANTOS, L.A.V. *et al.* História gestacional e características da assistência pré-natal de pu peras adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 617, 2018.
- SILVA, E.V.D. *et al.* Rela o do tipo de parto com o perfil epidemiológico da assistência pré-natal e perinatal em um município de Minas Gerais. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 20, p. 249, 2020.
- SILVA, T.P.R. *et al.* Fatores associados ao parto normal e cesárea em maternidades públicas e privadas: estudo transversal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, p. 1, 2020.
- VENDR SCULO, C.L. *et al.* A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. *Disciplinarum Scientia*, v. 16, p. 95, 2016.

## ÍNDICE REMISSIVO

*Alojamento conjunto, 1*  
*Assistência à saúde materno-infantil, 21*  
*Assistência pré-natal, 21*  
*Autismo, 42*  
*Câncer de mama, 30*  
*Cefaleia Primária, 99*  
*Cesárea, 113*  
*Complicações do Parto, 35*  
*Deficiência intelectual, 42*  
*Deficiência nutricional, 73*  
*Dor do parto, 49*  
*Enfermagem, 1*  
*Enxaqueca com aura, 99*  
*Epidemiologia, 79, 113*  
*Fatores socioeconômicos, 113*  
*Feminismo, 65*  
*Gravidez, 73*

*Mortalidade, 79*  
*Mulher, 9*  
*Mulheres, 42*  
*Neoplasias Vulvares, 79*  
*Parto, 9, 49*  
*Prevenção ao câncer de mama, 30*  
*Puerpério, 1*  
*Saúde da mulher, 30*  
*Saúde indígena, 21*  
*Terapias complementares, 49*  
*Trabalho de Parto, 35*  
*Transtornos de enxaqueca, 99*  
*Vias do Parto, 35*  
*Violência Contra as Mulheres, 65*  
*Violência de Gênero, 65*  
*Violência obstétrica, 9*