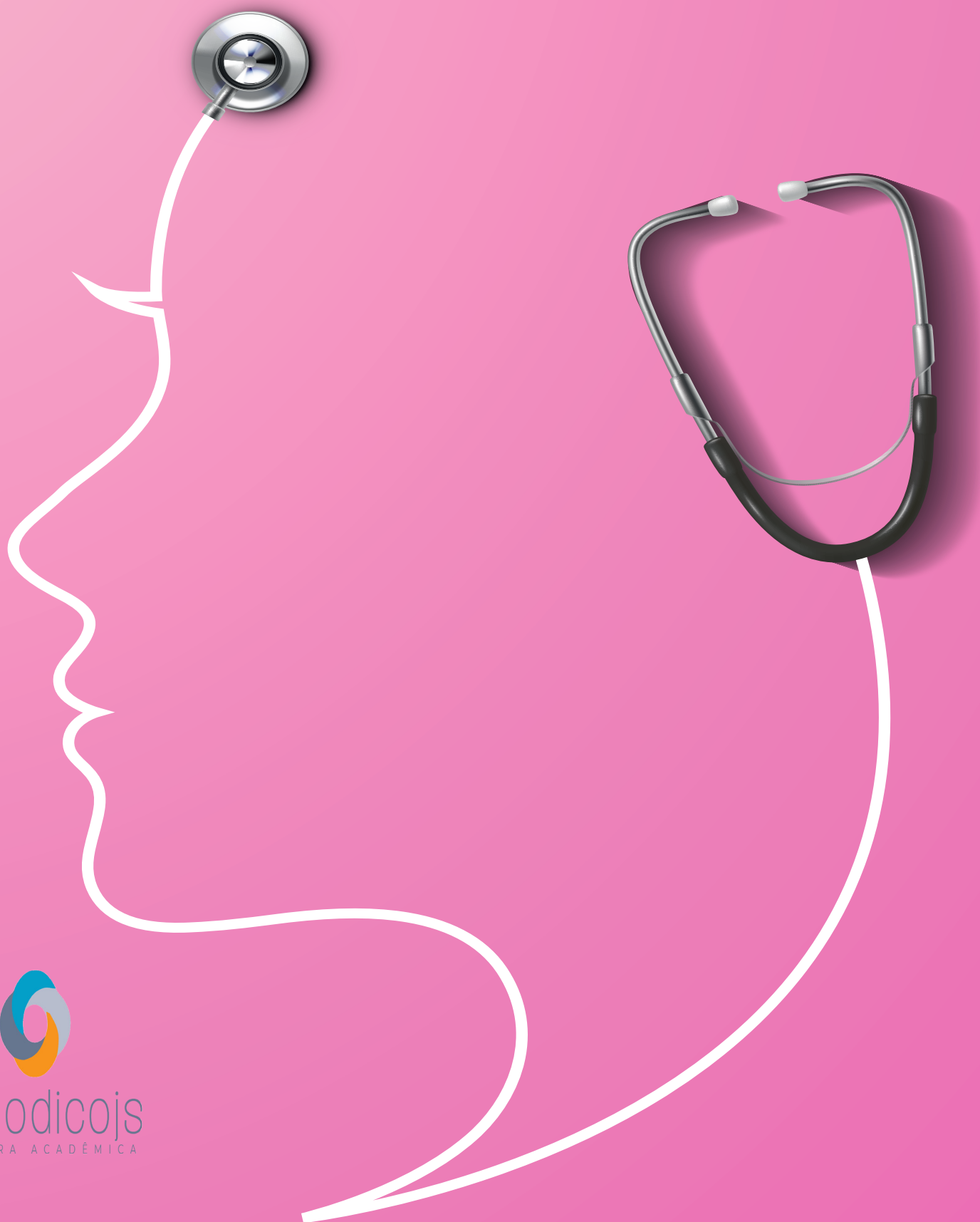


Cuidados em saúde da mulher : pensamentos interdisciplinares



Periodicojs
EDITORA ACADÊMICA

Cuidados em saúde da mulher: pensamentos interdisciplinares



Periodicojs
EDITORA ACADÊMICA

Projeto Gráfico, editoração e capa

Editora Acadêmica Periodicojs

Idioma

Português

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Cuidados em saúde da mulher [livro eletrônico] :
pensamentos interdisciplinares. --
João Pessoa, PB : Periodicojs, 2024.
PDF

Vários autores.
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-6010-058-9

1. Políticas públicas 2. Saúde da mulher
3. Saúde pública.

24-193166

CDD-613.04244

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde da mulher : Promoção : Ciências médicas 613.04244

Tábata Alves da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9253

Obra sem financiamento de órgão público ou privado

Os trabalhos publicados foram submetidos a revisão e avaliação por pares (duplo cego), com

respectivas cartas de aceite no sistema da editora.

**A obra é fruto de estudos e pesquisas da seção de Teses e Dissertações na América Latina da
Coleção de livros Estudos Avançados em Saúde e Natureza**



**Filipe Lins dos Santos
Presidente e Editor Sênior da Periodicojs**

CNPJ: 39.865.437/0001-23

**Rua Josias Lopes Braga, n. 437, Bancários, João Pessoa - PB - Brasil
website: www.periodicojs.com.br
instagram: [@periodicojs](https://www.instagram.com/periodicojs)**

COMISSÃO CIENTÍFICA ORGANIZADORA E LISTA DE AUTORES PRINCIPAIS

Larissa Silva Soares

Médica de família e comunidade pela Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, mestre em saúde da família pela Universidade Federal de Uberlândia, certificação internacional em Medicina do Estilo de Vida pelo Internacional Board of Lifestyle Medicine.

Carla Denari Giuliani

Doutora em História e Cultura, Professora Associada I na Universidade Federal de Uberlândia (UFU), MG, Brasil, Coordenadora e Fundadora do Laboratório Avançado em Estudos de Gênero (LGV) da Universidade Federal de Uberlândia.

Luana Araújo Macedo Scalia

Enfermeira e Doutora em Ciências de Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia. Especialista em Enfermagem Obstétrica pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein.

Mônica Rodrigues da Silva

Doutorado em Atenção à saúde - PPGAS- UFTM. Professora associada I – FAMED- Universidade Federal de Uberlândia, MG – UFU.

Tatiana Carneiro de Resende

Enfermeira formada pela UFU. Docente ESTES/UFU. Especialista em Obstetrícia - Hospital Albert Einstein. Mestre em ciências da Saúde (UFU) e Doutora em Ciências (UNIFESP).

Richarllison Borges de Moraes

Enfermeiro Especialista em Nefrologia (UNIFESP), Enfermeiro Especialista em Infectologia (UNIFESP), Mestre em Ciências da Saúde (UFU), Doutorando em Enfermagem (UNIFESP).

Erlandia Maria da Silva

Enfermeira pela a Escola Superior de Saúde de Arcoverde-PE. Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência. Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares – EBSEH.

Mayla Silva Borges

Mestre e Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia, Enfermeira Obstetra pela Faculdade CGESP Goiânia, Especialista em Saúde Pública e da Família pelo Instituto Passol.

Sérgio Ferreira Tannús

Enfermeiro, Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do trabalhador PPGAT pelo programa de pós-graduação da Universidade Federal de Uberlândia UFU.

Mônica Cristiane Mendes Viana

Enfermeira assistencial Hospital de Urgências de Teresina –HUT. Mestre em Ciências Farmacêuticas –UFPI.

Annelise da Silva Oliveira

Graduada em Enfermagem e especialista em gestão da qualidade em saúde

Leoni Lima de Souza

Graduado em Enfermagem- UNIBRA, técnico em enfermagem EBSEH HC/UFPE e especialista em saúde da família –IBRA

Romildo Félix Dos Santos Junior

Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual do MA (UEMA). Especialista em “Enfermagem e as patologias”. Enfermeiro Assistencial no Hospital de clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC- UFU) pela Empresa Brasileira de Serviços hospitalares (EBSEH).

Rhayssa Ferreira Gonçalves Santos

Mestranda na Universidade Portucalense Infante D. Henrique - Porto, Portugal. Gerente na Companhia Estadual de Habitação e Obras e advogada sócia do Escritório Ferreira e Miranda Advocacia

Mariana Ferreira de Sousa Moreira Paiva

Graduada em Enfermagem pela UFU. Especialização em Enfermagem do Trabalho. Especialização em Saúde Pública e da Família. Enfermeira assistencial pela EBSEH no HC-UFTM atuou no Setor de Enfermaria de Ortopedia. No momento, Enfermeira Assistencial pela EBSEH no HC-UFU no Setor de Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia, atuando na função de Liderança de Enfermagem.

Laisa Moreira Santos

Graduada em Enfermagem. Enfermeira – Saúde da mulher- Obstetrícia na empresa brasileira de serviço hospitalares- EBSEH. Hospital de Clínicas de Uberlândia HC-UFU

Alcina Patrícia Oliveira

Graduada em Enfermagem pela Escola Superior de Arcoverde, especialista em enfermagem obstétrica

e enfermeira assistencial do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes HU/PAA- EBSERH

Luana Rodrigues Ferreira Silva

Graduada em Enfermagem, especialista em Enfermagem Obstétrica e Saúde da Mulher, Doutora e Mestre em Ciências da Saúde - UFU. Supervisora de Educação Continuada do Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro.

Cléria Rodrigues Ferreira

Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro; Gestora em Saúde; Especialista em Saúde Pública com ênfase em Estratégia de Saúde da Família; Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia.

Maria Cristina de Moura-Ferreira

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia. Mestrado e Doutorado em enfermagem fundamental; Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde; Especialização em Sexualidade Humana Contexto da Assistência à Saúde; Especialização em Enfermagem do Trabalho; Especialização em Administração Hospitalar e Habilitação em Licenciatura em Enfermagem. Docente Associado IV do Curso de Graduação em Enfermagem Bacharelado/Licenciatura da Universidade Federal de Uberlândia – UFU.

Vanessa Cristina Bertussi

Doutora em Enfermagem

Maria Rosilene dos Santos

Especialização em saúde da família

Marcia Alencar de Medeiros Pereira

Enfermeira EBSEH - Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC). Especialista em Oncologia e Saúde da Família

Francisca Janiscléia da Silva Santos

Graduada em Enfermagem; Especialista em Enfermagem obstétrica e ginecológica; Enfermeira Assistencial na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) no HU-UFU.

Renata Martins Barbosa

Especialista em Saúde da Família e comunidade. Enfermeira Assistencial HC-UFU EBSEH

Ana Cristina Rodrigues Luna e Silva

Enfermeira. Mestre em Desenvolvimento e Meio Ambiente pela Universidade Federal da Paraíba. Coordenação de Saúde das Mulheres SMS/CG.

Amanda Rezende Silva de Oliveira

Graduada em Enfermagem, Especialista em Enfermagem em obstetrícia e Ginecologia, Mestranda em Enfermagem Assistencial pela Universidade Federal Fluminense - UFF.

Mônia Muriel Nery Esteves

Especialista em enfermagem obstétrica pela Faculdade Metropolitana São Carlos e enfermeira da Unidade de Gestão da Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Amandda Thaise de Souza Barbosa

Enfermeira pela faculdade Santa Maria Titulação Especialista em enfermagem obstétrica pela Uninter; Especialista em preceptoría em saúde pela UFRN; Mestranda do curso programa de

mestrado profissional em gerontologia pela UFPB. Enfermeira obstetra no Hospital Universitário Lauro Wanderley- HULW/EBSERH.

Rosicleide Rúbia Pereira Medeiros

Graduada em Enfermagem. Especialista em Saúde da Família - FIP. Especialista em Obstetrícia e Neonatologia - FACENE. Especialista em Urgência e Emergência e UTI pela Cefapp. Mestre em Educação, trabalho e inovação em medicina, pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Laudeci Brito Batista

Enfermeira, especialista em Saúde da Família -FIP e mestrado em Saúde Coletiva –Unisantos.

Lícia Helena Farias Pinheiro

Especialista em Cardiologia, Saúde da família e Urgência e Emergência. Enfermeira no Hospital Lauro Wanderley na Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares – EBSEH

Priscilla Antunes de Oliveira

Mestre em Cuidados Primários da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros, MG – UNIMONTES e Enfermeira Obstétrica do HC/UFU -EBSEH

Geni Kelly

Pós-graduação em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde - IEP-HSL. Pós-graduanda em Enfermagem em Oncologia e Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade ÚNICA.

Jerssycca Paula dos Santos Nascimento

Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (EBSERH/HC-UFU).

Jaqueline Adelaide da Silva Santos

Enfermeira Obstetra pelo Programa de Residência de Enfermagem com área de Concentração em Obstetrícia pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco pelo IMIP. Enfermeira assistencial no Hospital das Clínicas pela Universidade Federal de Uberlândia- UFU/EBSERH.

Efigênia Aparecida Maciel de Freitas

Pós-doutoramento na área de Informação e Decisão em Saúde/CINTESIS, no Departamento de Medicina da Comunidade na Universidade do Porto - Portugal, Doutora em Ciências pela USP Ribeirão Preto, Enfermeira Obstétrica pela UFMG - Rede Cegonha. Docente da universidade Federal de Uberlândia - UFU

Maria Lúcia Fernandes de Carvalho Marques

Especialista em Enfermagem Obstétrica- Enfermeira Saúde da Mulher HULW/ EBSERH.

Fernanda Duarte dos Santos Martins

Especialista em enfermagem neonatal e pediátrica com ênfase em UTI, Administração hospitalar, Auditoria em saúde, Saúde do trabalhador, Estética, Saúde do adolescente. Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-EBSERH na Universidade Federal de Uberlândia – UFU.

Diana Nunes da Silva

Enfermeira Especialista Em Saúde Pública; Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH.

Ana Pedrina Freitas Mascarenhas

Enfermeira especialista em Obstetrícia. Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares- EBSERH.

Flávia Gomes Silva

Enfermeira pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Especialista em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social pela Faculdade Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Cândido Mendes, Mestre em História pela Universidade Federal de Campina Grande.

Silvana Mère Cesário Nóbrega

Graduada em Enfermagem e Especialista em Cardiologia e Hemodinâmica Enfermeira no Hospital Universitário Lauro Wanderley na Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares – EBSERH

Cristina Maria Oliveira Martins Formiga

Graduação em Enfermagem. Especialização em enfermagem do trabalho. Enfermeira assistencial na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH.

Mara Gabriela Brasileiro de Lucena Ferreira

Enfermeira- CESMAC. Mestrado em Saúde da Família- PROFSAÚDE-UFAL.

Rosilene de Araújo Silva Oliveira

Enfermeira da Atenção Básica de Saúde e Assistencial do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes- HUPAA. Especialista em: Urgência e Emergência; Saúde Vigilância em Saúde; Ginecologia e Obstetrícia; Mestranda em Ensino na Saúde. Mestranda em ensino na saúde.

Maria Diane Braga Dantas Monteiro

Enfermeira com especialização em obstetrícia e ginecologia. Mestre em educação, trabalho e inovação em medicina – UFRN. Enfermeira obstetra no hospital Universitário Ana Bezerra/UFRN. Coordenadora do banco de leite humano do Hospital do Seridó.

Prefácio



A publicação desse livro junto a Editora Acadêmica Periodicojs se encaixa no perfil de produção científica produzida pela editora que busca valorizar diversos pesquisadores por meio da publicação completa de suas pesquisas. A obra está sendo publicada na seção Tese e Dissertação da América Latina.

Essa seção se destina a dar visibilidade a pesquisadores na região da América Latina por meio da publicação de obras autorais e obras organizadas por professores e pesquisadores dessa região, a fim de abordar diversos temas correlatos e mostrar a grande variedade temática e cultural dos países que compõem a América Latina.

Essa obra organizada é fundamental, porque pauta a discussão de forma interdisciplinar e empírica sobre o tema da saúde da mulher, permitindo um aprofundamento e debate fundamentado sobre melhorias a serem feitas para a qualidade de vida feminina.

Filipe Lins dos Santos

Editor Sênior da Editora Acadêmica Periodicojs

Sumário



Capítulo 1

ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL E PREVENÇÃO À DE AGRAVOS SAÚDE DA MULHER: CUIDADOS INTERDISCIPLINARES

16

Capítulo 2

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: PERCEPÇÃO E CONDUTAS PARA A PERPETUAÇÃO DO CUIDADO

28

Capítulo 3

DIREITOS DA MULHER NA SAÚDE: CONHECENDO O QUE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PODE OFERECER

41

Capítulo 4

URGÊNCIA E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS: OLHARES MULTIDISCIPLINARES

50



Capítulo 1

**ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL E PREVENÇÃO Á
DE AGRAVOS SAÚDE DA MULHER: CUIDADOS
INTERDISCIPLINARES**

ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL E PREVENÇÃO À DE AGRAVOS SAÚDE DA MULHER: CUIDADOS INTERDISCIPLINARES

HEALTHY LIFESTYLE AND PREVENTION OF WOMEN'S HEALTH DISORDERS: INTERDISCIPLINARY CARE

Larissa Silva Soares¹

Carla Denari Giuliani²

Luana Araújo Macedo Scalia³

Mônica Rodrigues da Silva⁴

Tatiana Carneiro de Resende⁵

Richarllison Borges de Morais⁶

Erlandia Maria da Silva⁷

Mayla Silva Borges⁸

1 Médica de família e comunidade pela Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto, mestre em saúde da família pela Universidade Federal de Uberlândia, certificação internacional em Medicina do Estilo de Vida pelo Internacional Board of Lifestyle Medicine

2 Doutora em História e Cultura, Professora Associada I na Universidade Federal de Uberlândia (UFU), MG, Brasil, Coordenadora e Fundadora do Laboratório Avançado em Estudos de Gênero (LGV) da Universidade Federal de Uberlândia.

3 Enfermeira e Doutora em Ciências de Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia. Especialista em Enfermagem Obstétrica pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein.

4 Doutorado em Atenção à saúde - PPGAS- UFTM. Professora associada I – FAMED- Universidade Federal de Uberlândia, MG – UFU.

5 Doutorado em Ciências da Saúde.

6 Enfermeiro Especialista em Nefrologia (UNIFESP), Enfermeiro Especialista em Infectologia (UNIFESP), Mestre em Ciências da Saúde (UFU), Doutorando em Enfermagem (UNIFESP)

7 Enfermeira pela a Escola Superior de Saúde de Arcoverde-PE. Especialista em Enfermagem em Urgência e Emergência. Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares – EBSEH

8 Mestre e Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia, Enfermeira Obstetra pela Faculdade CGESP Goiânia, Especialista em Saúde Pública e da Família pelo Instituto Passo1.

Sérgio Ferreira Tannús⁹

Mônica Cristiane Mendes Viana¹⁰

Resumo: As mudanças decorrentes do processo de estilo de vida devido a diminuição das taxas de mortalidade e fecundidade e avanço tecnológico fizeram com que as mulheres assumissem comportamentos de risco para DCNT, influenciadas pela rotina capitalista: estilo de vida imediatista, aumento do consumo de processados e ultra processados e postura sedentária em relação à saúde. Além disso, as mulheres, em geral por um contexto cultural assumem o comando da alimentação, cuidado da casa, preocupam-se mais com os familiares e negligenciam a própria saúde. No mais, ainda se percebe a sobrecarga da mulher frente ao processo de trabalho onde está tem jornadas estendidas para além trabalho externo como casa, filhos, marido, o que dificulta a promoção da saúde, prevenção e controle dessas doenças na população feminina.

Palavras chaves: Saúde da mulher; Prevenção; Estilo de Vida.

Abstract: The changes resulting from the lifestyle process due to the decrease in mortality and fertility rates and technological advances caused women to assume risk behaviors for NCDs, influenced by the capitalist routine: immediate lifestyle, increased consumption of processed and ultra-high-quality foods. processed foods and sedentary posture in relation to health. Furthermore, women, generally due to a cultural context, take charge of eating, taking care of the home, worrying more about family members and neglecting their own health. Furthermore, it is still clear that women are overloaded in the work process where they have extended working hours beyond external work such as home, children, husband, which makes it difficult to promote health, prevent and control these diseases in

9 Enfermeiro, Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do trabalhador PPGAT pelo programa de pós-graduação da Universidade Federal de Uberlândia UFU

10 Enfermeira assistencial Hospital de Urgências de Teresina –HUT. Mestre em Ciências Farmacêuticas UFPI.

the female population.

Keywords: Women's health; Prevention; Lifestyle.

INTRODUÇÃO

O estilo de vida e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) tem relação direta com as condições de vida do sujeito, as quais incluem acesso a bens e serviços públicos, garantia de direitos, informação, emprego e renda e possibilidades de fazer escolhas favoráveis à saúde. As mudanças decorrentes do processo de estilo de vida devido a diminuição das taxas de mortalidade e fecundidade e avanço tecnológico fizeram com que as mulheres assumissem comportamentos de risco para DCNT, influenciadas pela rotina capitalista: estilo de vida imediatista, aumento do consumo de processados e ultra processados e postura sedentária em relação à saúde (BRASIL, 2021).

Ainda, se percebe a sobrecarga da mulher frente ao processo de trabalho onde está tem jornadas estendidas para além trabalho externo como casa, filhos, marido, o que dificulta a promoção da saúde, prevenção e controle dessas doenças na população feminina (SILVA et al., 2018). Define-se estilo de vida (EV) como decisões, padrões de comportamento, valores e atitudes individuais, suscetíveis de algum senso de controle, que influenciam a saúde da população. O estilo de vida faz parte dos fatores modificáveis, portanto estudar as estratégias governamentais promotoras de um estilo de vida saudável (EVS) em mulheres é essencial para evitar as mortes por DCNT (RODRIGUES, 2012).

As mulheres, em geral por um contexto cultural assumem o comando da alimentação, cuidado da casa, preocupam-se mais com os familiares e negligenciam a própria saúde, o que leva a um comportamento de risco e gera impactos negativos na qualidade de vida, com piora das atividades diárias (CRUZ et al., 2021). Poucos estudos têm abordado a magnitude das DCNT entre as mulheres em idade reprodutiva, e aqueles voltados a esse público-alvo geralmente abordam questões reprodutivas, como planejamento familiar, pré-natal, prevenção e rastreamento de cânceres ginecológicos, não

observando a relação com qualidade de vida (ARAÚJO, 2018; MPOFU et al., 2016; PETERS et al., 2016; BERNAL et al., 2019).

As pesquisas que versam sobre DCNT destacam o quanto esses agravos têm acometido crescentemente a população feminina (BERNAL et al., 2019). A promoção do EVS em longo prazo é determinada por medidas educativas que afete o indivíduo, de forma que ele tenha consciência e autonomia para realizar as próprias decisões em saúde. Isso depende do quanto ele está motivado para isso (MONTEIRO et al., 2021). O estudo da Motivação para Estilo de Vida Saudável (MEVS) na mulher, com a adesão de padrão de dieta saudável, consumo moderado de álcool, não tabagismo, manutenção do peso normal e atividade física regular, se associará à diminuição do risco de mortalidade prematura por doenças crônicas e redução de gastos com internações hospitalares decorrentes de complicações futuras (LI et al., 2021).

A motivação ocorre quando o sujeito não realiza a ação nem tem intenção alguma de fazê-lo. Por sua vez, a motivação extrínseca é quando algum agente externo interfere no comportamento dele, seja para evitar punição, ganhar algum benefício ou a consciência de que é importante. Já a motivação intrínseca não é incentivada por pressões ou recompensas; nela, o indivíduo adota o comportamento por prazer e satisfação (DECI et al., 2000).

Estudar acerca do comportamento em face do adoecimento crônico feminino favorece o planejamento do cuidado e o entendimento do tipo de motivação que direciona saberes e experiências. Isso encoraja o empoderamento e tomada de decisões autônomas que gerem modificações em longo prazo e consequências positivas no processo saúde-doença, com alvo não apenas na amenização de agravos em saúde, mas na promoção da qualidade de vida (FABRICIO et al., 2023). Assim, o presente capítulo tem como objetivo analisar a associação entre a presença de DCNT e a MEVS em mulheres adultas (LI et al., 2021).

DESENVOLVIMENTO

O diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em mulheres é significativo e está ligado à transição epidemiológica e demográfica (VASCONCELOS; GOMES, 2012). São elas que procuram mais os serviços de saúde e apresentam maior expectativa de vida no Brasil (IBGE, 2023). É o estilo de vida um dos grandes fatores desencadeadores das DCNT, as quais são evitadas e tratadas com alimentação saudável, atividade física, sono reparador, não uso de álcool ou outras drogas, e gerenciamento satisfatório do estresse (BRASIL, 2014).

Oferecer acesso a serviços de saúde com o intuito de traçar planos de cuidado efetivos para a melhoria do estilo de vida das mulheres, em todas as faixas etárias, portanto, torna-se fundamental para que elas tenham, além de vida longa, qualidade de vida.

Em se tratando da saúde da mulher, destaca-se a mortalidade por doenças que estão diretamente relacionadas ao estilo de vida e ao ambiente: neoplasias, doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares e diabetes mellitus (BRASIL, 2021). Também podemos citar outras doenças como hipertensão, dislipidemia, obesidade, osteoartrose, osteoporose, depressão, ansiedade generalizada, apneia obstrutiva do sono, insônia e doença pulmonar obstrutiva crônica.

Um fato interessante também precisa ser destacado. A taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) de mulheres por DCNT segundo raça/cor no Brasil entre 2000 e 2020, mostra que mulheres pretas, pardas e indígenas morrem mais, o que denota a desigualdade no país. Pouco acesso à saúde, exposição à álcool e outras drogas e alimentação inadequada seriam as possíveis causas dessa disparidade. (BRASIL, 2023).

A epigenética vem mostrando que várias doenças podem ser evitadas adotando-se um estilo de vida saudável, mesmo que a carga genética e a fisiologia do indivíduo seja de base desfavorável (SOUZA; DE OLIVEIRA; FABIANO, 2023). É como se as doenças fossem silenciadas ou inibidas por seis pilares que a Medicina do Estilo de Vida trabalha (KELLY e CLAYTON, 2021; DE FARIA et al., 2024).

- Alimentação baseada em vegetais, rica em fibras, em que os industrializados e processados são usados em caráter de exceção, com grãos integrais e pouca gordura saturada;
- Prática regular de exercícios físicos, evitando-se o comportamento sedentário;
- Higiene do sono e sono restaurador;
- Não uso de álcool, tabaco e outras substâncias recreativas;
- Gerenciamento satisfatório do estresse, com práticas meditativas e técnicas de respiração, além de contato com a natureza, por exemplo;
- Relações interpessoais positivas.

Para combater os fatores de risco relacionados às DCNT, algumas metas e propostas podem e devem ser consultadas nos capítulos seis e sete do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 (BRASIL, 2021).

Diante do contexto apresentado, vê-se que a melhor capacitação de profissionais de saúde de diferentes categorias em relação a promoção de um estilo de vida saudável para as pacientes faz parte de uma atenção à saúde de qualidade. Treinamento em serviço, principalmente no nível primário de saúde, precisa estar em ações de educação permanente, com temas como nutrição básica, atividade física e ciência do comportamento (CLARKE e HAUSER, 2016). Aconselhamentos como “a senhora tem que fazer caminhada e comer melhor” já se tornaram insuficientes diante da complexidade da vida das mulheres atendidas. Educação em melhoria do estilo de vida afeta a base das DCNT.

Nos atendimentos individuais, é necessário ter tempo para abordar as nuances do cotidiano da mulher (CLARKE e HAUSER, 2016). Demanda reprimida e excesso de população no território de abrangência vão contra ações efetivas para melhoria do estilo de vida. No entanto, atividades coletivas podem ser uma alternativa enquanto fatores de ordem macroestrutural não são resolvidas pelos gestores de saúde, além de promoverem socialização e senso de pertencimento entre as mulheres.

A análise dos ciclos de estágio para mudança de Prochaska e DiClemente, 1982 (pré contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção) precisa ser seguida de ações concretas.

Técnicas de comunicação, como entrevista motivacional (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009) e comunicação não violenta (ROSENBERG, 2006) além de abordagem cognitivo comportamental (WRIGH et al., 2018) e de psicologia positiva (SNYDER e LOPEZ, 2008), precisam ter seus fundamentos ensinados nos ambientes universitários. Além da motivação, o grau de confiança dessas mulheres para mudança também precisa ser abordado: será que é mais fácil para minha paciente se exercitar ou evitar doces? Em que ela acredita ser mais forte para iniciar a mudança?

Planos de cuidado que tenham objetivos específicos, mensuráveis, atingíveis, relevantes e com um prazo de tempo definido, precisam ser construídos em conjunto com as mulheres para a melhoria de seu estilo de vida. Veja o exemplo a seguir: “E se a senhora andar dois quarteirões, duas vezes na semana, por dez minutos, de modo que a senhora consiga conversar enquanto anda, nos próximos trinta dias? No retorno, em um mês, avaliamos como isso se deu, o que acha?” (WRIGH et al., 2018).

O acompanhamento dessas melhorias em saúde deve ser garantido, valorizado, priorizado. Lembretes e monitoramento por agentes comunitários de saúde na Atenção Primária, tem papel fundamental nesse sentido, já que facilitam a comunicação com as unidades de saúde. Aprazamento de consultas e de grupos, além de tecnologias como aplicativos de mensagens, redes sociais e teleconsultas (BRASIL, 2021) também facilitam a interface com a equipe.

Importante também é sensibilizar os próprios profissionais de saúde em relação a um estilo de vida saudável. Estudos mostram que médicos que praticam exercícios físicos tendem a conversar mais com seus pacientes sobre exercícios do que médicos sedentários (ABRAMSON et al., 2000).

E mesmo que alguma doença crônica já esteja instalada, podendo inclusive já apresentar complicações, o melhor manejo dessas doenças também se dá pela melhoria do estilo de vida. Por exemplo, hipertensos e diabéticos com excesso de peso tendem a diminuir a quantidade de fármacos quando emagrecem. Parar de fumar diminui a mortalidade em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, além de ser recomendado a prática de exercícios físicos para melhora de sua qualidade de vida (GOLD, 2023).

Por fim, para incentivar as mudanças do estilo de vida, os profissionais de saúde precisam estabelecer relações de confiança com as pacientes, utilizando métodos clínicos centrados na pessoa (STEWART, 2010), acolhendo as pacientes, inclusive quando elas apresentarem recaídas em relação às mudanças propostas (parar de fazer exercícios, reganhar peso ou voltar a fumar, por exemplo). Humanizar os atendimentos, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRAZIL, 2004), oferecendo cuidado abrangente e interdisciplinar, contando com o suporte comunitário e familiar dessas mulheres, certamente melhorará os índices relacionados as DCNT e os consequentes custos daí advindos. Aliás, pensando em saúde pública, o maior investimento dos governos é promover um estilo de vida saudável para a população.

CONCLUSÃO

Conclui-se que mesmo atualmente a mulher está com um índice de mortalidade menor que os homens, ainda falta autocuidado e estilo de vida saudável para esta população. A inserção no mercado de trabalho agregado as atribuições enraizadas como casa e maternidade fazendo com que elas esqueçam de si, diminuindo assim sua qualidade de vida e auto estima.

Sendo assim, faz-se necessário a criação de políticas de saúde voltadas ao incentivo do autocuidado aos mulheres como atividade física gratuita, benefícios e parcerias de beleza e autocuidado, acompanhamento nutricional e planejamento familiar junto a atenção básica são algumas práticas que podem contribuir na prevenção e estilo de vida saudável para mulheres nos dias atuais.

REFERÊNCIAS

ABRAMSON, Scott, et al. Hábitos pessoais de exercícios e práticas de aconselhamento de médicos de atenção primária: uma pesquisa nacional. *Clinical Journal of Sport Medicine* 10(1):p 40-48, janeiro de 2000.

ARAÚJO, F.G. Tendência da prevalência de sobrepeso, obesidade, diabetes e hipertensão em mulheres brasileiras em idade reprodutiva, Vigitel 2008 2015 [dissertação na Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 2018 [citado em 22 jun. 2022]. 109 f.

BRASIL. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Editora MS, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ANÁLISE EM SAÚDE E VIGILÂNCIA DE DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019. Boletim Epidemiológico, v. 52, n. 29, 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE. Saúde da mulher brasileira: uma perspectiva integrada entre vigilância e atenção à saúde. Boletim Epidemiológico, número especial, março de 2023.

BERNAL R.T.I. et al. Indicadores de doenças crônicas não transmissíveis em mulheres com idade reprodutiva, beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família. Rev Bras Epidemiol.2019; 22(supl.2).

CRUZ, L.A.P.; MIALICH, M.S.; SILVA, B.R.; GOZZO, T.O.; JORDÃO, A.A.; ALMEIDA, A.M. Doenças crônicas não transmissíveis em mulheres com câncer de mama. Rev Recien. 2021; 11(34):100-109

CLARKE Camille A, HAUSER Michelle E. Lifestyle Medicine: A Primary Care Perspective. J Grad Med Educ.; v. 8, n. 5, pag 665-667, dezembro de 2016.

DE FARIA, Rafaella Rogatto et al. Os Seis Pilares da Medicina do Estilo de Vida no Manejo de Doenças Não Transmissíveis–As Lacunas nas Diretrizes Atuais. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v.

120, p. e20230408, 2024.

DORAN, George T. et al. Existe uma maneira SMART de redigir as metas e objetivos da gestão. *Revisão gerencial*, v. 70, n. 11, pág. 35-36, 1981.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. DIRETORIA DE PESQUISAS COORDENAÇÃO DE POPULAÇÃO E INDICADORES SOCIAIS. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO. Tábuas Completas de Mortalidade para o Brasil - 2022, Rio de Janeiro, 2023.

KELLY, John, CLAYTON, Jeni Shull. eBook: Foundations of Lifestyle Medicine Board Review. American College of Lifestyle Medicine, 3rd Edition, 2021.

PROCHASKA, J. O.; DiCLEMENTE, C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, v. 20, p. 161173, 1982.

ROLLNICK, Stephen, MILLER, William R., BUTLER, Christopher C. Tradução de Ronaldo Cataldo Costa, Antonio Carlos S. Marques da Rosa, Elisabeth Meyer. *Entrevista Motivacional no Cuidado da Saúde: Ajudando Pacientes a Mudar o Comportamento*. 1. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009.

ROSENBERG, Marshall. *Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais*. 4. Ed. Editora Ágora, 2006.

SNYDER, C.R., LOPEZ, Shane J. Tradução por Roberto Cataldo Costa, Lilian Graziano. *Psicologia Positiva: Uma Abordagem Científica e Prática das Qualidades Humanas*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2008.

SILVA E.M.; SOUSA, A.C.; KÜMPEL, C.; SILVA, S.; PORTO, E.F. Estilo de vida de indivíduos usuários do Sistema Único de Saúde. *Life Style J*. 2018;5(2):6175.doi:<http://dx.doi.org/10.19141/2237-3756.lifestyle.v5.n2.p61-75>

SOUZA, Maria Eduarda; DE OLIVEIRA, Julia Vitória; FABIANO, Queren Rosa de Santa Anna. Não somos reféns da nossa genética: epigenética no controle da expressão gênica mecanismos envolvidos com algumas doenças. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 6, n. 3, p. 11938-11953, 2023.

STEWART, Moira et al. Tradução de Anelise Teixeira Burmeister. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2010.

RODRIGUES, M.T.P. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: desenvolvimento de um instrumento avaliativo com base na Teoria da Resposta ao Item (TRI) [tese na Internet]. Fortaleza: Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará; 2012

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 21, n. 4, p. 539- 548, 2012.

WRIGH, Jesse H., et al. Tradução de Paulo Knapp Mônica Giglio Armando. *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: Um Guia Ilustrado*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2018.

MPOFU J.J. et. al. Associations between noncommunicable disease risk factors, race, education, and health insurance status among women of reproductive age in Brazil 2011. *Prev Med Rep*. 2016; 3(333).

MONTEIRO, L.Z.; OLIVEIRA, D.M.S.; PARENTE, M.V.S.S.; SILVA, E.O.; VARELA, A.R. Perfil alimentar e inatividade física em mulheres universitárias na cidade de Brasília. *Esc Anna Nery*. 2021; 25(5)e:20200484.

LI, Y. et al. The impact of healthy life style factors on life expectancies in the US population, *Circulation*. 2018; 138(4):345-55.

DECI, E.L.; RYAN, R.M. The ‘What’ and ‘Why’ of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*. 2000; 11:22-68.

SANTOS, N.A.S. Doenças crônicas em mulheres: uma revisão integrativa. In: *Anais do XXIV Seminário de Iniciação Científica*. 2020 out 19- 22; Feira de Santana. Feira de Santana: UEFS; 2020.



Capítulo 2

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: PERCEPÇÃO E CONDUTAS
PARA A PERPETUAÇÃO DO CUIDADO**

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: PERCEPÇÃO E CONDUTAS PARA A PERPETUAÇÃO DO CUIDADO

OBSTETRIC VIOLENCE: PERCEPTION AND CONDUCTS TO PERPETUATE CARE

Annelise da Silva Oliveira¹

Leoni Lima de Souza²

Romildo Félix Dos Santos Junior³

Rhayssa Ferreira Gonçalves Santos⁴

Mariana Ferreira de Sousa Moreira Paiva⁵

Laisa Moreira Santos⁶

Tatiana Carneiro de Resende⁷

Richarllison Borges de Morais⁸

1 Graduada em Enfermagem. Especialista em gestão da qualidade em saúde

2 Graduado em Enfermagem- UNIBRA. Técnico em enfermagem EBSEH HC/UFPE e especialista em saúde da família –IBRA.

3 Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual do MA (UEMA). Especialista em “Enfermagem e as patologias”. Enfermeiro Assistencial no Hospital de clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC- UFU) pela Empresa Brasileira de Serviços hospitalares (EBSEH).

4 Mestranda na Universidade Portucalense Infante D. Henrique - Porto, Portugal. Gerente na Companhia Estadual de Habitação e Obras e advogada sócia do Escritório Ferreira e Miranda Advocacia

5 Graduada em Enfermagem pela UFU. Especialização em Enfermagem do Trabalho. Especialização em Saúde Pública e da Família. Enfermeira assistencial pela EBSEH no HC-UFTM atuou no Setor de Enfermaria de Ortopedia. No momento, Enfermeira Assistencial pela EBSEH no HC-UFU no Setor de Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia, atuando na função de Liderança de Enfermagem.

6 Graduada em Enfermagem. Enfermeira – Saúde da mulher- Obstetrícia na empresa brasileira de serviço hospitalares- EBSEH. Hospital de Clínicas de Uberlândia HC-UFU

7 Enfermeira formada pela UFU. Docente ESTES/UFU. Especialista em Obstetrícia - Hospital Albert Einstein. Mestre em ciências da Saúde (UFU) e Doutora em Ciências (UNIFESP).

8 Enfermeiro Especialista em Nefrologia (UNIFESP), Enfermeiro Especialista em Infectologia (UNIFESP), Mestre em Ciências da Saúde (UFU), Doutorando em Enfermagem (UNIFESP).

Mayla Silva Borges⁹

Alcina Patrícia Oliveira¹⁰

Luana Rodrigues Ferreira Silva¹¹

Cléria Rodrigues Ferreira¹²

Carla Denari Giuliani¹³

Maria Cristina de Moura-Ferreira¹⁴

Mara Gabriela Brasileiro de Lucena Ferreira¹⁵

Resumo: O uso das boas práticas obstétricas no cuidado, busca melhorar a qualidade assistencial e diminuir os riscos relacionados aos procedimentos de saúde, por meio da utilização de tecnologias avançadas para a eficiência dos processos. Porém, este modelo tem posicionado a parturiente como coadjuvante no processo de parto e nascimento, ficando a cargo da tecnologia e dos profissionais de saúde, sem levar em consideração sua própria vontade. A experiência positiva de parto é caracterizada

9 Mestre e Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia, Enfermeira Obstetra pela Faculdade CGESP Goiânia, Especialista em Saúde Pública e da Família pelo Instituto Passo 1.

10 Graduada em Enfermagem pela Escola Superior de Arcoverde, especialista em enfermagem obstétrica e enfermeira assistencial do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes HU/PAA-EBSERH

11 Graduada em Enfermagem, especialista em Enfermagem Obstétrica e Saúde da Mulher, Doutora e Mestre em Ciências da Saúde - UFU. Supervisora de Educação Continuada do Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro.

12 Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro; Gestora em Saúde; Especialista em Saúde Pública com ênfase em Estratégia de Saúde da Família; Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia.

13 Doutora em História e Cultura, Professora Associada I na Universidade Federal de Uberlândia (UFU), MG, Brasil, Coordenadora e Fundadora do Laboratório Avançado em Estudos de Gênero (LGV) da Universidade Federal de Uberlândia.

14 Graduada em Enfermagem e Obstetrícia. Mestrado e Doutorado em enfermagem fundamental; Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde; Especialização em Sexualidade Humana Contexto da Assistência à Saúde; Especialização em Enfermagem do Trabalho; Especialização em Administração Hospitalar e Habilitação em Licenciatura em Enfermagem. Docente Associado IV do Curso de Graduação em Enfermagem Bacharelado/Licenciatura da Universidade Federal de Uberlândia – UFU.

15 Enfermeira- CESMAC. Mestrado em Saúde da Família- PROFSAÚDE-UFAL.

por atendimento que atenda à expectativa da mulher para o processo de parto e pós-parto, incluindo dar à luz a uma criança saudável em condições clínica e psicologicamente seguras. A eliminação de todas as formas de maus-tratos às mulheres durante o parto deve ser foco de gestores e profissionais assistentes

Palavras chaves: Violência Obstétrica; Cuidado; Prevenção.

Abstract: The use of good obstetric practices in care seeks to improve the quality of care and reduce risks related to health procedures, through the use of advanced technologies to make processes more efficient. However, this model has positioned the parturient as a supporter in the labor and birth process, being left to technology and health professionals, without taking into account their own wishes. A positive birth experience is characterized by care that meets the woman's expectations for the birth and postpartum process, including giving birth to a healthy child in clinically and psychologically safe conditions. The elimination of all forms of mistreatment of women during childbirth should be the focus of managers and assistant professionals

Keywords: Obstetric Violence; Careful; Prevention.

INTRODUÇÃO

Há décadas o mundo tem discutido veementemente sobre o conceito de violência obstétrica. Por mais que seja evidenciado, que o tema é multifacetado por impressões e relatos de diversas mulheres, em diferentes etnias, ainda é percebido que a influência na construção do conceito é baseado nas intervenções desnecessárias realizadas e/ou ofertadas às parturientes (PULHEZ, 2021).

Não se trata apenas de desrespeito ao usar gritos e afirmações debochadas, mas sim, de realizar cesárias quando não há indicação; fazer exames de toques frequentes e sem consentimento; usar

ocitocina para benefício do profissional; empregar manobras de Kristeller, mesmo com sofrimento da mulher; entre outros abusos (PULHEZ, 2021).

A violência obstétrica é definida pelo Ministério da Saúde como abusos, negligências e desrespeitos dirigidos à gestante ou parturiente (quem acabou de ter o bebê) que a faça se sentir mal diante do tratamento recebido. Acesso negado ao pré-natal, dificuldade para realização de exames, impedimento da presença de acompanhante durante o trabalho de parto, prescrição indiscriminada de ocitocina para induzir o nascimento, episiotomia (corte cirúrgico no períneo) e uso de expressões grotescas, zombeteiras e constrangedoras dirigidas à gestante são alguns exemplos. (BRASIL, 2012)

Emanuel Nildivan Rodrigues da Fonseca (2023), enfermeiro obstetra, afirma ao Jornal da USP, autor da pesquisa de doutorado “Os impactos em gestante adolescente vítima de violência obstétrica”, refere que “Os impactos psíquicos, sociais e físicos podem ser ainda maiores quando esse tipo de violência é praticado contra gestantes adolescentes pobres, pardas, negras e com baixo nível educacional, perfil das mulheres entrevistadas”. E alerta ainda que “O sofrimento advindo da violência obstétrica leva ao adoecimento emocional materno, à dificuldade de estabelecimento de vínculos da mãe com o bebê e, em alguns casos mais graves, pode até levar ao óbito materno”. (FONSECA, 2023)

A violência obstétrica, é um problema antigo, ainda que recorrente, porém, não é uma temática muito exposta, o que torna a desinformação/ a falta de conhecimento outra de suas principais causas. Muitas parturientes não têm conhecimento de todas as ações e procedimentos que configuram violência obstétrica, sendo assim, não têm consciência que os atos que estão cometendo com a mesma são considerados violência, desta forma, as mesmas não tenham ciência de que seus direitos estão sendo violados. (PULHEZ, 2013; SOCORRO, MATOS e MACHADO, 2018;).

Sendo assim, todos esses desvios proporcionados pelos profissionais de saúde, além de ferir a ética profissional, viola os direitos humanos dos indivíduos, cujo exercício é decidir sobre sua vida reprodutiva, isento de discriminação, constrangimento ou violência (MARQUES, 2020). Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem se mostrada comovida com o cenário e por isso, desencoraja cada vez mais o modelo assistencial tecnocrático. Acredita-se que a modernização do

modelo de cuidado voltado para a utilização de alta tecnologia, acarretou em consequências negativas no quesito relacionamento entre os profissionais e os clientes (PAULA et.al., 2020).

O uso das boas práticas obstétricas no cuidado, busca melhorar a qualidade assistencial e diminuir os riscos relacionados aos procedimentos de saúde, por meio da utilização de tecnologias avançadas para a eficiência dos processos (AGUIAR; FELICIANO; TANAKA, 2022). Porém, este modelo tem posicionado a parturiente como coadjuvante no processo de parto e nascimento, ficando a cargo da tecnologia e dos profissionais de saúde, sem levar em consideração sua própria vontade (JACOB, et.al., 2022).

A experiência positiva das mulheres em relação à assistência prestada no pré-natal e parto tem sido recomendada em vários estudos (WHO, 2016; WHO, 2018). A experiência positiva de parto é caracterizada por atendimento que atenda à expectativa da mulher para o processo de parto e pós-parto, incluindo dar à luz a uma criança saudável em condições clínica e psicologicamente seguras (LIU et al., 2021). A eliminação de todas as formas de maus-tratos às mulheres durante o parto deve ser foco de gestores e profissionais assistentes. (BOHREN, 2018).

Estudo aponta que um quarto das mulheres que passaram pelo processo de parto, relatam ter sofrido algum tipo de violência. Esse tipo de assistência provoca os chamados eventos adversos, que são falhas ou erros decorrentes da prestação dos serviços de saúde. E esses, por sua vez, desencadeiam danos à parturiente, que em algumas situações são irreversíveis. Infelizmente, devido à violência obstétrica, esses eventos acontecem com frequência nas instituições de saúde, observados pelas complicações do parto e morte materno-infantil. Essa condição ocasiona-se devido às intervenções desnecessárias, aumentando a exposição da mulher aos riscos inerentes aos procedimentos assistenciais (AGUIAR; FELICIANO; TANAKA, 2022).

Neste contexto, políticas públicas e novas recomendações são publicadas para incentivar os serviços de saúde em proporcionar experiências positivas no parto e nascimento, baseado em uma assistência centralizada na mulher e na fisiologia do parto, transformando o modelo tecnocrata em um padrão humanizado de prestação de serviço, trazendo empoderamento a parturiente, diminuindo

as intervenções desnecessárias, garantindo maior qualidade e segurança assistencial, com respeito e dignidade (JACOB et.al., 2022).

DESENVOLVIMENTO

A violência obstétrica é um fenômeno que ocorre durante o processo de assistência ao parto e puerpério, envolvendo práticas que desrespeitam os direitos humanos e a dignidade da mulher. É um tema complexo e multidimensional que abrange aspectos legais, sociais e culturais. Nesse capítulo iremos abordar a legislação e considerações sobre a violência obstétrica, bem como condutas para a prevenção desse tipo de violência, entendendo a legislação sobre Violência Obstétrica estão previstas nas leis:

- **Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005):** está garante à parturiente o direito a um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- **Lei do Parto Humanizado (Lei nº 11.634/2007):** este estabelece diretrizes para a promoção do parto humanizado no Brasil, incentivando práticas que respeitem a fisiologia do parto e garantam a autonomia da mulher.
- **Lei do Plano de Parto (Lei nº 13.002/2014):** nessa reforça o direito da gestante de receber informações claras sobre o parto e de elaborar um plano de parto, que deve ser respeitado pela equipe médica.
- **Lei do Direito ao Nascimento (Lei nº 13.259/2016):** essa assegura à gestante o direito de ser informada sobre as práticas médicas e obstétricas, podendo expressar sua vontade e consentimento informado.

O Brasil não possui lei específica para coibir e punir a violência obstétrica, o que viola o disposto no artigo 197 da Constituição Federal (1988): São de relevância pública as ações e serviços

de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Entretanto, existem algumas portarias, leis municipais e leis estaduais que tratam sobre o assunto, além da aplicação de forma analógica de algumas outras leis, como também, da Constituição Federal.

Uma das primeiras Leis que versam sobre a violência obstétrica é 11.108/2005, a chamada Lei do acompanhante, criada “para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS”, altera a Lei 8.080/1990, a Lei do SUS (CARVALHO, 2017).

Já na Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, do Ministério da Saúde, institui-se a Rede Cegonha, pelo que está disposto em seu artigo 1º:

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha.

Outra lei acerca da violência obstétrica é a 11.634 de dezembro de 2007 que “dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.”

A Lei pioneira no âmbito municipal, a tratar da violência obstétrica é a Lei 3.363/2013, do município de Diadema, São Paulo, que em seus 7 artigos dispõe sobre o objetivo da lei, o conceito de violência obstétrica, e as condutas que a caracterizam. Tal lei tem abordagem limitada por não considerar o abuso sexual e o abuso psicológico que é um dos mais recorrentes, além de não dispor sobre propostas de humanização (SERRA, 2018).

Nesse processo de mudança, a violência obstétrica se instaura, causando socialmente mais uma forma de violência contra a mulher, sendo circunstanciada não só pelo gênero, mas também

agravada pelas questões raciais e socioeconômicas, onde a mulher tem violados os seus direitos biológicos, sexuais e psíquicos (AGUIAR, 2010; GARCÍA, DIAZ e ACOSTA, 2013; PULHEZ, 2013; SOCORRO, MATOS e MACHADO, 2018).

Segundo a presidente da Associação Parto Normal de Fortaleza, Priscila Rabelo, em reunião com a Defensoria Pública (2016): O conceito internacional de violência obstétrica delinea todo ato ou intromissão direcionada à mulher grávida, parturiente ou puérpera (que deu à luz recentemente), ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências.

Entretanto, estudos sugerem que mulheres em todo o mundo sofrem maus-tratos durante o parto, inclusive abuso físico, verbal, discriminação, procedimentos não consentidos e cuidados sem apoio (LEITE et al., 2022; HUGHES et al., 2022; BOHREN, 2018). Atualmente não há consenso internacional sobre como as experiências de desrespeito e maus-tratos às mulheres durante a assistência ao parto, podem ser definidas e medidas (WHO, 2014).

A formalização de um termo que possa definir atos de desrespeitos, maus tratos e violência realizados por profissionais de saúde contra as mulheres no ciclo gravídico puerperal é de suma importância para compreensão dos fenômenos ligados a esses problemas (LEITE et al., 2022). Nesse sentido, ter uma terminologia clara, demarcaria especificamente atos deletérios, a fim de não marginalizar toda e qualquer ação praticada pelos profissionais de saúde durante o atendimento à mulher (LEITE et al., 2022). Uma das terminologias utilizadas para designar as experiências negativas vivenciadas pela gestante é Violência Obstétrica (VO), que surgiu na Venezuela em 2007 em forma de legislação.

No Brasil, a controvérsia deste termo é relevante, o termo VO chegou a ser julgado como inadequado não sendo recomendado sua utilização em documentos legais e em políticas públicas, pelo próprio MS em 2019. Mais tarde, sob intervenção do Ministério Público, o MS voltou atrás e reconheceu a legitimidade das mulheres brasileiras em usar o termo VO para nominar as experiências vivenciadas de maus-tratos, desrespeitos, abusos e violências. No entanto, o termo segue atualmente

sem ser aplicado em textos oficiais e de políticas de saúde (PULHEZ, 2013).

Neste contexto, a organização dos sistemas de saúde é um fator importante a ser contemplado na avaliação dos motivos que podem levar a prática de maus-tratos pelos provedores de saúde, tornando as experiências de parto negativas para as mulheres. Estabelecimentos de saúde desorganizados promovem sensação de negligência nas mulheres, além de promover comunicação ineficaz com a equipe assistencial (LEITE et al., 2022). Estratégias, políticas e engajamento da sociedade, são necessários para que nossas mulheres tenham dignidade no momento de parir.

CONCLUSÃO

Sendo assim, conclui-se que o cuidado prestado a população materna e infantil durante o pré-natal, parto, nascimento e atendimento ao recém-nascido, pode estar relacionado com os indicadores de mortalidade. Quando a assistência é ofertada com qualidade, pode proporcionar impacto positivo sobre a redução tanto da morbidade quanto da mortalidade materna, fetal e infantil. Por conseguinte, esbarra-se em irregularidades nas notificações desses óbitos que pode ocultar informações imprescindíveis para a tomada de decisão na criação de intervenções públicas para a melhoria da qualidade da assistência. (BRASIL, 2009).

REFERÊNCIAS

AGUIAR, C. de A., FELICIANO, R. G., & TANAKA, A. C. d'ANDRETTA .Near-miss materno e violência obstétrica: uma relação possível?. *Revista Latino Americana Sexualidad, Salud Y Sociedad*, (38), e22208. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/1984-6487.SESS.2022.38.E22208.A>>.

AGUIAR, J. M. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, SP.

BOHREN, M.A. et al. Methodological development of tools to measure how women are treated during facility-based childbirth in four countries: labor observation and community survey. *BMC Med Res Methodol.* 2018;18:132.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 7 de novembro de 2018. _____.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013. (Caderno de Atenção Básica, 32). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2009.ISBN 978-85-334-1613-0.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resultados Preliminares da Pesquisa de Satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde – SUS. Maio a Outubro de 2012. 2012. Disponível em: https://saudenacomunidade.files.wordpress.com/2014/05/relatorio_pre_semestral_rede_cego_nha_ouvidoria-sus_que-deu-a-notc3adcia-de-64-por-cento-semacompanhantes.pdf.

CARVALHO, L.D. de. O Reconhecimento Legal contra a Violência Obstétrica no Brasil: Análise das Legislações Estaduais e Projeto de Lei Federal nº 7.633/2014.2017. (Trabalho de Conclusão de Curso em Direito) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma.

Decreto Lei nº 2.848 de 7 de Dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 7 de novembro de 2018. _____.

Decreto nº 847 de 11 de outubro de 1890. Código Penal. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/d847.htm>. Acesso em: 7 de novembro de 2018. _____.

FONSECA, E. N. R. Os impactos em gestante adolescente vítima de violência obstétrica. [Tese Doutorado] Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), 2023.

JACOB, T. de N. O., et.al. A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num centro de parto normal. Escola Anna Nery, 26, e20210105. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0105>>.

LEITE, T.H. et al. Desrespeitos e abusos, maus-tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. Ciência Saúde Coletiva. 2022;27(2):483-91.

LIU, C.H.; KOIRE, A.; ERDEI, C.; MITTAL, L. Unexpected changes in birth experiences during the COVID-19 pandemic: Implications for maternal mental health. Arch Gynecol Obstet. 2021;1:1–11.

MARQUES, S. B. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 97–119, Brasília, 2020. DOI: 10.17566/ciads.v9i1.585. Disponível em: <<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/585>>.

PAULA, E. A., et.al.. Violência obstétrica e o atual modelo obstétrico, na percepção dos gestores em saúde. Texto Contexto Enferm [Internet] (2020). 29:e20190248. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019->>.

PULHEZ, M. M. “Parem a violência obstétrica!”. Rev Bras Sociol das Emoções, v. 12, n. 35, p. 544-564, 2013.

PULHEZ, M. M. “Parem a violência obstétrica”: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto. RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção, v. 12, n. 35, pp. 544-564, Agosto de 2013. ISSN 1676-8965.

PULHEZ, M. M. Violência obstétrica no Brasil: controvérsias em torno de um conceito. CSOnline – Revista eletrônica de ciências sociais, [S. l.], n. 33, p. 64–9. DOI: 10.34019/1981-2140.2020.31695. Campinas, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/csonline/article/view/31695>.

SILVA A.C., et al. Indicadores de mortalidade perinatal, infantil e materna Regional de Saúde do Estado do Paraná.RGS.2019;21(1):1-13.

WHO. A prevenção e eliminação do desrespeito e abuso durante o parto em unidade de saúde. In: Declaração da OMS: Toda mulher tem direito ao mais alto padrão de saúde alcançável, que inclui o

direito a cuidados de saúde dignos e respeitosos; 2014.

WHO. Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. I. World Health Organization; 2016.

WHO. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.



Capítulo 3

**DIREITOS DA MULHER NA SAÚDE: CONHECENDO O
QUE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PODE OFERECER**

DIREITOS DA MULHER NA SAÚDE: CONHECENDO O QUE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PODE OFERECER

WOMEN'S RIGHTS IN HEALTHCARE: KNOWING WHAT THE SINGLE HEALTH SYSTEM CAN OFFER

Carla Denari Giuliani ¹

Maria Cristina de Moura-Ferreira²

Vanessa Cristina Bertussi ³

Maria Rosilene dos Santos ⁴

Marcia Alencar de Medeiros Pereira⁵

Francisca Janiscleia da Silva Santos ⁶

Renata Martins Barbosa⁷

Ana Cristina Rodrigues Luna e Silva ⁸

1 Doutora em História e Cultura, Professora Associada I na Universidade Federal de Uberlândia (UFU), MG, Brasil, Coordenadora e Fundadora do Laboratório Avançado em Estudos de Gênero (LGV) da Universidade Federal de Uberlândia.

2 Graduada em Enfermagem e Obstetrícia. Mestrado e Doutorado em enfermagem fundamental; Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde; Especialização em Sexualidade Humana Contexto da Assistência à Saúde; Especialização em Enfermagem do Trabalho; Especialização em Administração Hospitalar e Habilitação em Licenciatura em Enfermagem. Docente Associado IV do Curso de Graduação em Enfermagem Bacharelado/Licenciatura da Universidade Federal de Uberlândia – UFU.

3 Doutora em Enfermagem

4 Especialização em saúde da família

5 Enfermeira EBSEH - Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC). Especialista em Oncologia e Saúde da Família

6 Graduada em Enfermagem; Especialista em Enfermagem obstétrica e ginecológica; Enfermeira Assistencial na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) no HU-UFU.

7 Especialista em Saúde da Família e comunidade. Enfermeira Assistencial HC-UFU EBSEH

8 Enfermeira. Mestre em Desenvolvimento e Meio Ambiente pela Universidade Federal da Paraíba. Coordenação de Saúde das Mulheres SMS/CG.

Flávia Gomes Silva⁹

Amanda Rezende Silva de Oliveira¹⁰

Mônia Muriel Nery Esteves¹¹

Rosilene de Araújo Silva Oliveira¹²

Resumo: A situação de saúde da mulher envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. Esta situação é agravada pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico e como também raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. Sendo assim, o conhecimento da história da saúde da mulher no Brasil é importante para que possamos compreender e valorizar as Políticas Públicas da Saúde da Mulher em nosso país, pois houve um avanço significativo nos serviços ofertados para as mulheres no decorrer dos anos após vários movimentos feministas no País

Palavras chaves: Saúde da Mulher; Direitos; Prevenção.

Abstract: A woman's health situation involves several aspects of life, such as her relationship with the environment, leisure, food and working conditions, housing and income. This situation is aggravated by discrimination in work relationships and the overload with domestic work responsibilities, as well

9 Enfermeira pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Especialista em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social pela Faculdade Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Cândido Mendes, Mestre em História pela Universidade Federal de Campina Grande.

10 Graduada em Enfermagem, Especialista em Enfermagem em obstetrícia e Ginecologia, Mestranda em Enfermagem Assistencial pela Universidade Federal Fluminense - UFF.

11 Especialista em enfermagem obstétrica pela Faculdade Metropolitana São Carlos e enfermeira da Unidade de Gestão da Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

12 Enfermeira da Atenção Básica de Saúde e Assistencial do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes- HUPAA. Especialista em: Urgência e Emergência; Saúde Vigilância em Saúde; Ginecologia e Obstetrícia; Mestranda em Ensino na Saúde. Mestranda em ensino na saúde.

as race, ethnicity and poverty, further highlighting inequalities. Therefore, knowledge of the history of women's health in Brazil is important so that we can understand and value Women's Health Public Policies in our country, as there has been a significant advance in the services offered to women over the years after several movements feminists in the country

Keywords: Women's Health; Rights; Prevention.

INTRODUÇÃO

O debate sobre políticas públicas relacionadas à saúde da mulher necessita da compreensão da Teoria Social de Gênero e do impacto das estruturas sociais de poder nos processos de saúde e adoecimento (Crespí-LLORÉNS et al., 2021; FERREIRA et al., 2020; GREAVES e RITZ, 2022).

O conceito de gênero destaca que as diferenças biológicas entre homens e mulheres são frequentemente utilizadas como explicações naturalizadas para comportamentos sociais, resultando em interpretações desiguais que se transformam em desigualdades (MOREIRA et al., 2018). Assim, é crucial incorporar questões de gênero e abordar as disparidades enfrentadas pela população feminina na formulação de políticas públicas, sendo essencial a participação de gestores e profissionais de saúde nesse processo (ANINYE et al., 2021; GREAVES e RITZ, 2022; SANTANA et al., 2019).

A atenção à saúde da mulher foi historicamente negligenciada, concentrando-se, até os anos 70, em preceitos materno-infantis. A compreensão do gênero como construção social dinâmica levou à ampliação das políticas públicas para oferecer atenção integral, entendendo a importância de questões como classe, raça e idade (COSTA e GONÇALVES, 2019; FERREIRA et al., 2020).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) de 2004 buscava melhorar condições de vida e saúde, atingindo mulheres em todos os ciclos. Diretrizes visavam considerar as particularidades de grupos populacionais específicos (SANTANA et al., 2019; COSTA e GONÇALVES, 2019). Introduziu-se a responsabilidade compartilhada entre órgãos públicos, socie-

dade civil e instituições para efetivar propostas de políticas de gênero, destacando a importância da atenção integral à saúde da mulher (BRASIL, 2016).

A abordagem da saúde da mulher vai além do binômio saúde-doença, abrangendo diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, moradia, lazer, renda, alimentação e condições de trabalho. O Programa Assistencial Integral à Saúde da Mulher (PAISM), implementado em 1983, marcou o início das ações direcionadas à população feminina, sendo um evento histórico nas políticas públicas que resultou da convergência entre movimentos sanitários e feministas (COSTA e GONÇALVES, 2019).

Posteriormente, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) buscou melhorias nas condições de saúde, com foco na humanização do atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo ações para prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e redução da morbimortalidade, considerando as especificidades de cada grupo populacional (COSTA e GONÇALVES, 2019; SILVA et al., 2019; SANTANA et al., 2019).

O reconhecimento das diferentes vulnerabilidades e necessidades específicas levou à criação de políticas específicas, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em 2009, e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em 2011 (SILVA et al., 2019). A inclusão da orientação sexual e identidade de gênero na análise da determinação social da saúde, na 13ª Conferência Nacional de Saúde em 2008, resultou em normas e protocolos específicos para atendimento a lésbicas e travestis, além de protocolos relacionados à identidade de gênero e orientação sexual no combate à violência (FERNANDES, et al., 2018).

A criação da Rede Cegonha em 2011, dentro do SUS, garantiu à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério. Além disso, o projeto Parto Adequado, lançado em 2015, proporcionou apoio institucional para reorganizar o modelo de atenção ao parto e ao nascimento, resultando em avanços positivos, como a redução de práticas prejudiciais e taxas de cesariana, evidenciando que políticas públicas eficazes podem impactar positivamente desfechos maternos e neonatais (LEAL et al., 2019). A ampliação da disponibilidade e acessibilidade aos

serviços de saúde para mulheres contribui significativamente para a redução da taxa de mortalidade materna, complicações pós-parto e para a prevenção de doenças, melhorando as condições de saúde (ZHOU et al., 2021).

DESENVOLVIMENTO

Segundo pesquisas as mulheres são a maioria da população brasileira e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), seja para o seu próprio atendimento ou acompanhar familiares, vizinhos, amigos, como também possui maior vulnerabilidade a certas doenças (SILVA et al., 2019).

A situação de saúde da mulher envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. Esta situação é agravada pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico e como também raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades (FERNANDES, et al., 2018).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) mudando os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984). Princípios e diretrizes como descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, integralidade e a equidade da atenção foram propostos conforme previstos na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o PAISM foram incluídos na assistência à saúde da mulher ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

O acesso aos serviços de saúde é garantido pelo SUS a todas as mulheres de forma universal e equânime. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde.

Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica. Tratamentos como de câncer, HIV, tuberculose e tratamentos crônicos são todos oferecidos pelo SUS, esses, que em outros países onde não há um sistema público, muitas pessoas morrem por não terem condições de arcar com o tratamento (FERNANDES, et al., 2018).

A partir da criação do PAISM os serviços de saúde passaram a prestar assistência com qualidade às mulheres em todas as suas necessidades em cada fase de sua vida, passando a ofertar atividades educativas, dando às mulheres oportunidade de conhecer seu próprio corpo e uma melhor vivência de sua sexualidade para então prevenir possíveis problemas de saúde e ganhar qualidade de vida (LEAL et al., 2019).

Esse programa significou um ganho em relação aos direitos humanos da mulher, pois tinha como princípios norteadores a ênfase nas questões de gênero priorizando a integridade e a promoção de saúde da mulher e, como objetivo, reduzir a mortalidade feminina por causas previsíveis e evitáveis (BRASIL, 2004).

Sendo assim, o conhecimento da história da saúde da mulher no Brasil é importante para que possamos compreender e valorizar as Políticas Públicas da Saúde da Mulher em nosso país, pois houve um avanço significativo nos serviços ofertados para as mulheres no decorrer dos anos após vários movimentos feministas no País (LEAL et al., 2019).

O PAISM foi um grande ganho para assistência à Saúde da Mulher, pois redirecionou todas as políticas e ações propostas pelo Ministério da Saúde. Vários foram os benefícios e os avanços ao longo das últimas décadas, seja com relação à saúde reprodutiva, envolvendo a mulher e o homem, seja no que diz respeito à atenção ao parto e nascimento, tendo como referência uma atenção integral e humanizada à mulher (ZHOU et al., 2021).

Ainda há uma grande parcela de mulheres não beneficiadas pelas políticas Públicas de Saúde, o que é confirmado pelos indicadores de morbimortalidade materna e neonatal persistentes. Com isso, ainda há muito por fazer, devendo as mulheres e a sociedade em geral estarem atentas, cobrando

do governo, mas também estabelecendo parcerias para o alcance dos avanços que ainda se fazem necessários (ZHOU et al., 2021).

CONCLUSÃO

Sendo assim, conclui-se que as políticas avançaram nas proposições de atenção à mulher no País, ao mesmo tempo em que identificaram incoerências entre o que é preconizado e o que se faz na prática; desigualdades na oferta de serviços dependendo da região do país, falta de recursos, desinteresse político ou outro determinante.

Todavia, toda mulher tem direito ao planejamento familiar, tendo acesso a informações sobre métodos e técnicas para prevenção da gravidez, assim como direito a dignidade da pessoa e deve fazer uso deste direito constituído por lei, bem como, do direito ao acolhimento respeitoso, cuidado humanizado e sistematizado.

REFERÊNCIAS

ANINYE, I. O et al. (2021). The roles of sex and gender in women's eye health disparities in the United States. *Biology of Sex Differences*, 12(57).

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. (2016). Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM).

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de assistência integral à saúde da mulher - PAISM. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

COSTA, R. C., e GONÇALVES, J. R. (2019). O direito à saúde, à efetividade do serviço e à qualidade no acesso às políticas públicas de atenção à saúde da mulher. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 2(4).

CRESPÍ-LLORÉNS, N.; HERNÁNDEZ-AGUADO, I.; CHILET-ROSELL, E. (2021). Have policies tackled gender inequalities in health? a scoping review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(1).

FERNANDES, M.; SOLER, L. D.; LEITE, M. C. B. P. (2018). Saúde das mulheres lésbicas e atenção à saúde: nem integralidade, nem equidade diante das invisibilidades. *Diversidade Sexual e de Gênero*, 19(2), 37-46.

FERREIRA, V. C. et al. (2020). Saúde da mulher, gênero, políticas públicas e Educação médica: agravos no contexto de pandemia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 44(1).

GREAVES, L.; RITZ, S. A. (2022). Sex, gender and health: mapping the landscape of research and policy. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19(5),

LEAL, M. C. et al. (2019). Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(7).

MOREIRA, M. I. C.; BRITO, C. D., OLIVEIRA, C. M.; ALVES, C. E. R. (2018). Mulheres, travestis e transexuais: interseções de gênero em documentos de políticas públicas. *Revista de Psicologia*, 30(2).

SANTANA, T. D. B. et al. (2019). Avanços e desafios da concretização da Política Nacional da Saúde da Mulher: uma revisão de literatura. *Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul*, 17(61), 135-141.10.13037/ras.vol17n61.6012

SILVA, M. A. et al. (2019) Mulheres negras vivendo com HIV: políticas públicas. *Rev enferm UFPE on line*, 13.10.5205/1981-8963.2019.240251

ZHOU, Q et al. (2021). Are essential women's healthcare services fully covered? a comparative analysis of policy documents in Shanghai and New York city from 1978–2017. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(8).



Capítulo 4

**URGÊNCIA E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS: OLHARES
MULTIDISCIPLINARES**

URGÊNCIA E EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS: OLHARES MULTIDISCIPLINARES

OBSTETRIC URGENCY AND EMERGENCIES: MULTIDISCIPLINARY VIEWS

Maria Cristina de Moura-Ferreira¹

Jaqueline Adelaide da Silva Santos²

Efigênia Aparecida Maciel de Freitas³

Maria Lúcia Fernandes de Carvalho Marques⁴

Fernanda Duarte dos Santos Martins⁵

Diana Nunes da Silva⁶

Ana Pedrina Freitas Mascarenhas⁷

1 Graduada em Enfermagem e Obstetrícia. Mestrado e Doutorado em enfermagem fundamental; Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde; Especialização em Sexualidade Humana Contexto da Assistência à Saúde; Especialização em Enfermagem do Trabalho; Especialização em Administração Hospitalar e Habilitação em Licenciatura em Enfermagem. Docente Associado IV do Curso de Graduação em Enfermagem Bacharelado/Licenciatura da Universidade Federal de Uberlândia – UFU.

2 Enfermeira Obstetra pelo Programa de Residência de Enfermagem com área de Concentração em Obstetrícia pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco pelo IMIP. Enfermeira assistencial no Hospital das Clínicas pela Universidade Federal de Uberlândia- UFU/EBSERH

3 Pós-doutoramento na área de Informação e Decisão em Saúde/CINTESIS, no Departamento de Medicina da Comunidade na Universidade do Porto - Portugal, Doutora em Ciências pela USP Ribeirão Preto, Enfermeira Obstétrica pela UFMG - Rede Cegonha. Docente da universidade Federal de Uberlândia - UFU

4 Especialista em Enfermagem Obstétrica- Enfermeira Saúde da Mulher HULW/ EBSEH.

5 Especialista em enfermagem neonatal e pediátrica com ênfase em UTI, Administração hospitalar, Auditoria em saúde, Saúde do trabalhador, Estética, Saúde do adolescente. Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-EBSEH na Universidade Federal de Uberlândia – UFU.

6 Enfermeira Especialista Em Saúde Pública; Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH.

7 Enfermeira especialista em Obstetrícia. Enfermeira na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-EBSEH.

Tatiana Carneiro de Resende⁸

Mayla Silva Borges⁹

Richarllison Borges de Moraes¹⁰

Amanda Thaise de Souza Barbosa¹¹

Rosicleide Rúbia Pereira Medeiros¹²

Laudeci Brito Batista¹³

Cléria Rodrigues Ferreira¹⁴

Geni Kelly¹⁵

Jerssycca Paula dos Santos Nascimento¹⁶

Lícia Helena Farias Pinheiro¹⁷

Priscilla Antunes de Oliveira¹⁸

8 Enfermeira formada pela UFU. Docente ESTES/UFU. Especialista em Obstetrícia - Hospital Albert Einstein. Mestre em ciências da Saúde (UFU) e Doutora em Ciências (UNIFESP)

9 Mestre e Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia, Enfermeira Obstetra pela Faculdade CGESP Goiânia, Especialista em Saúde Pública e da Família pelo Instituto Passo1.

10 Enfermeiro Especialista em Nefrologia (UNIFESP), Enfermeiro Especialista em Infectologia (UNIFESP), Mestre em Ciências da Saúde (UFU), Doutorando em Enfermagem (UNIFESP).

11 Enfermeira pela faculdade Santa Maria Titulação Especialista em enfermagem obstétrica pela Uninter; Especialista em preceptoría em saúde pela UFRN; Mestranda do curso programa de mestrado profissional em gerontologia pela UFPB. Enfermeira obstetra no Hospital Universitário Lauro Wanderley- HULW/EBSERH.

12 Graduada em Enfermagem. Especialista em Saúde da Família - FIP. Especialista em Obstetrícia e Neonatologia - FACENE. Especialista em Urgência e Emergência e UTI pela Cefapp. Mestra em Educação, trabalho e inovação em medicina, pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

13 Enfermeira, especialista em Saúde da Família -FIP e mestrado em Saúde Coletiva –Unisantos

14 Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Medicina do Triangulo Mineiro; Gestora em Saúde; Especialista em Saúde Pública com ênfase em Estratégia de Saúde da Família; Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de uberlândia.

15 Pós-graduação em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde - IEP-HSL. Pós-graduanda em Enfermagem em Oncologia e Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva pela Faculdade ÚNICA.

16 Enfermeira na empresa brasileira de serviços hospitalares no hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (EBSERH/HC-UFU).

17 Especialista em Cardiologia, Saúde da família e Urgência e Emergência. Enfermeira no Hospital Lauro Wanderley na Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares – EBSEH

18 Mestre em Cuidados Primários da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros, MG –

Silvana Mère Cesário Nóbrega¹⁹

Cristina Maria Oliveira Martins Formiga²⁰

Sérgio Ferreira Tannús²¹

Maria Diane Braga Dantas Monteiro²²

Resumo: A gestação é um processo fisiológico que acarreta modificações físicas e emocionais no organismo materno. Porém, o período gestacional pode vir acompanhado de complicações emergenciais, capazes de ocasionar iminente ameaça de morte à vida materna e/ou fetal, contribuindo para a crescente taxa de mortalidade nessa população. A morbimortalidade materna é considerada um problema de saúde pública e um desafio para os serviços de saúde no Brasil na qual as principais emergências obstétricas envolvem quadros como as síndromes hipertensivas da gestação, hemorragias pós-parto, infecções, aborto, entre outras que ocorrem durante a gestação, parto e pós-parto. As síndromes hipertensivas estão em segundo lugar nas causas de mortalidade materna, perdendo apenas para as hemorragias, que são uma das principais causas da mortalidade no mundo.

Palavras chaves: Saúde da mulher; Obstetrícia; Emergência.

Abstract: Pregnancy is a physiological process that causes physical and emotional changes in the mother's body. However, the gestational period may be accompanied by emergency complications, capable of causing an imminent threat of death to maternal and/or fetal life, contributing to the incre-

UNIMONTES e Enfermeira Obstétrica do HC/UFU -EBSERH

19 Graduada em Enfermagem e Especialista em Cardiologia e Hemodinâmica Enfermeira no hospital universitário Lauro Wanderley na Empresa Brasileira de Serviço Hospitalares – EBSEH

20 Graduação em Enfermagem. Especialização em enfermagem do trabalho. Enfermeira assistencial na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH.

21 Enfermeiro, Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do trabalhador PPGAT pelo programa de pós-graduação da Universidade Federal de Uberlândia UFU.

22 Enfermeira com especialização em obstetrícia e ginecologia. Mestre em educação, trabalho e inovação em medicina – UFRN. Enfermeira obstetra no hospital Universitário Ana Bezerra/UFRN. Coordenadora do banco de leite humano do Hospital do Seridó.

asing mortality rate in this population. Maternal morbidity and mortality is considered a public health problem and a challenge for health services in Brazil, in which the main obstetric emergencies involve conditions such as hypertensive syndromes during pregnancy, postpartum hemorrhages, infections, abortion, among others that occur during pregnancy. pregnancy, childbirth and postpartum. Hypertensive syndromes are in second place in causes of maternal mortality, second only to hemorrhages, which are one of the main causes of mortality in the world.

Keywords: Women's health; Obstetrics; Emergency.

INTRODUÇÃO

A gestação é um processo fisiológico que acarreta modificações físicas e emocionais no organismo materno (SILVA et al., 2022). Porém, o período gestacional pode vir acompanhado de complicações emergenciais, capazes de ocasionar iminente ameaça de morte à vida materna e/ou fetal, contribuindo para a crescente taxa de mortalidade nessa população (BARBOZA et al, 2019).

A morbimortalidade materna é considerada um problema de saúde pública e um desafio para os serviços de saúde no Brasil (RICHTER et al., 2022). Ainda segundo Richter (2022), em 2018 no país, as emergências obstétricas provocaram 59,9 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos. Além do alto índice de mortalidade materna, as emergências obstétricas estão associadas a “near miss” materno, que se refere à quase morte materna que vai da gestação a 42 dias pós-parto (RICHTER et al., 2022).

As principais emergências obstétricas envolvem quadros como as síndromes hipertensivas da gestação, hemorragias pós-parto, infecções, aborto, entre outras que ocorrem durante a gestação, parto e pós-parto (SILVA et al., 2021). As síndromes hipertensivas estão em segundo lugar nas causas de mortalidade materna, perdendo apenas para as hemorragias, que são uma das principais causas da mortalidade no Mundo (SILVA et al., 2022). Conhecidas como eclampsia e pré-eclâmpsia, segundo

SILVA (2022) diferenciam-se por períodos convulsivos, que ocorrem na eclampsia, podendo estar associada a cefaleia frontal e alterações e exames laboratoriais.

Para SILVA (2022), a pré-eclâmpsia é uma desordem que afeta cerca de 5-8% de todas as gestações. Alguns estudos defendem a hipótese de uma desregulação do sistema imunológico materno, resposta parcial da tolerância materna ao trofoblasto. A eclâmpsia diferencia-se pela presença de convulsões, podendo ser precedidas por cefaleia frontal e distúrbios visuais, a crise convulsiva pode desencadear-se durante a gestação no decurso do parto ou no puerpério (SILVA et al., 2022).

A hemorragia pós-parto (HPP) é conceituada por perda sanguínea acima de 500 mL após parto vaginal ou acima de 1000 mL após parto cesariana nas primeiras 24 horas OU qualquer perda de sangue pelo trato genital capaz de causar instabilidade hemodinâmica, acompanhada de sinais ou sintomas de hipovolemia após o trabalho de parto (OPAS, 2018). Em virtude da sua alta morbidade e mortalidade materna, chegando a 140.000 mortes anuais, é considerada a principal causa de morte materna no mundo (OLIVEIRA et al., 2023).

DESENVOLVIMENTO

A hemorragia pós-parto (HPP) pode ser definida como uma perda sanguínea de 1.000 mL ou mais de sangue, acompanhada de sinais ou sintomas de hipovolemia, dentro de 24 horas pós-parto (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS, 2017). Sendo a principal causa de morte materna no mundo, com cerca de 140.000 mortes por ano e com uma frequência de uma morte a cada quatro minutos (SOSA et al., 2009). Por serem consideradas, maioria dos casos, mortes evitáveis torna-se essencial que todos os profissionais que prestam assistência ao parto e pós-parto estejam atualizados e capacitados para prevenir, diagnosticar e manejar um quadro de HPP (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS, 2017).

Quadro 1. Fatores de Risco para HPP

Anteparto	Intraparto
<ul style="list-style-type: none"> ▪ História pregressa de HPP ▪ Distensão uterina (gemelar, polidramnio, macrossomia) ▪ Distúrbios de coagulação congênitos ou adquiridos ▪ Uso de anticoagulantes ▪ Cesariana prévia com placenta anterior (risco acretismo) ▪ Placentação anormal confirmada (prévia ou acretismo) ▪ Grande múltipara (≥ 4 partos vaginais ou ≥ 3 cesarianas) ▪ Elevação dos níveis pressóricos na gestação (Pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional, hipertensa crônica) ▪ Anemia na gestação ▪ Primeiro filho após os 40 anos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabalho de parto prolongado ▪ Trabalho de parto taquitócito ▪ Laceração vaginal de 3º/4º graus ▪ Prolongamento de episiotomia ▪ Placentação anormal (acreta, prévia) ▪ Descolamento Prematuro de Placenta ▪ Parto induzido ▪ Corioamnionite ▪ Parada de progressão do polo cefálico ▪ Parto instrumentado (fórceps, vácuo)

Fonte: OPAS, 2018

Todas as mulheres internadas para parto vaginal ou cirurgia cesariana, deverão ser classificadas de acordo com a estratificação de risco de hemorragia puerperal ainda na admissão. Nesta classificação as parturientes serão estratificadas em baixo, médio e alto risco, conforme quadro 2 (OPAS, 2018).

Quadro 2. Estratificação de Risco para HPP

QUADRO 3. ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO PARA HPP		
BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausência de cicatriz uterina ▪ Gravidez única ▪ ≤ 3 partos vaginais prévios ▪ Ausência de distúrbio de coagulação ▪ Sem história de HPP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cesariana ou cirurgia uterina prévia ▪ Pré-eclâmpsia leve ▪ Hipertensão gestacional leve ▪ Superdistensão uterina (Gestação múltipla, polidramnio, macrosomia fetal) ▪ ≥ 4 partos vaginais ▪ Corioamnionite ▪ História prévia de atonia uterina ou hemorragia obstétrica ▪ Obesidade materna (IMC > 35kg/m²) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Placenta prévia ou de inserção baixa ▪ Pré-eclâmpsia grave ▪ Hematócrito < 30% + fatores de risco ▪ Plaquetas < 100.000/mm³ ▪ Sangramento ativo à admissão ▪ Coagulopatias ▪ Uso de anticoagulantes ▪ Descolamento prematuro de placenta ▪ Placentação anômala (acretismo) ▪ Presença de ≥ 2 fatores de médio risco

Fonte: OPAS, 2018

As mulheres que forem classificadas como alto risco para HPP, deverão ter Hb, Ht e fibrinogênio, amostra para TS e reserva de sangue coletados, além da reserva de dois (2) concentrados de hemácias previamente ao parto.

Para diagnosticar uma paciente com HPP foi estabelecido o parâmetro de 1.000 mL cumulativos, independentemente da via de parto (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS, 2017). Contudo, deve-se atentar para a presença de fatores de risco, nestes casos as perdas sanguíneas superiores a 500 mL após partos vaginais devem ser consideradas anormais. As hemorragias graves são aquelas onde a paciente perde mais de 1.000 mL de sangue, já nas perdas superiores à 2.000 ml são classificadas como hemorragia maciça, que geralmente vêm acompanhadas de queda da hemoglobina ≥ 4 g/dL, coagulopatia e necessidade de transfusão maciça (SOSA et al., 2009).

Conduas de acordo com a classificação de risco:

- **Baixo risco:** manejo ativo do 3º estágio, observação rigorosa por 2 horas; estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta;
- **Médio risco:** manejo ativo do 3º estágio; observação rigorosa por 2 horas; estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta; avaliar acesso venoso periférico (Jelco 16G), hemoglobina e hematócrito;
- **Alto risco:** manejo ativo do 3º estágio; observação rigorosa por 2 horas; estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta; avaliar acesso venoso periférico (Jelco 16G), Tipagem sanguínea, Hemograma, prova cruzada e reserva de sangue (2 bolsas de Concentrado de Hemácias) e fibrinogênio.

Já, as condutas pós-parto para prevenção da HPP estão descritas no Quadro 3 e devem ser instituídas para todos os nascimentos independente da via de parto e estratificação de risco.

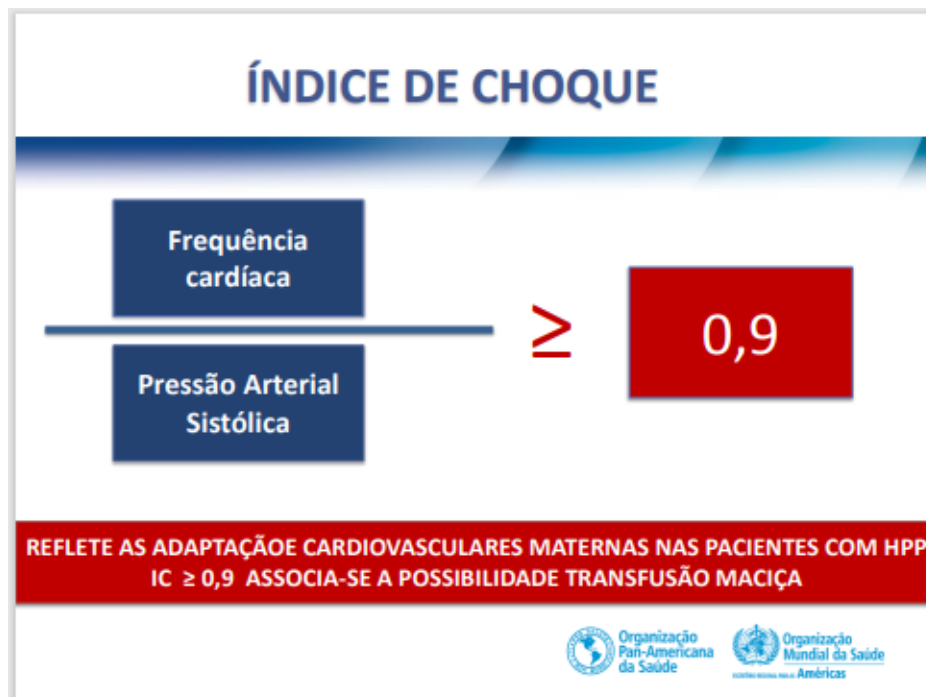
Quadro 3 . MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA HPP		
MEDIDAS DE PREVENÇÃO	CARACTERÍSTICAS	OBSERVAÇÕES
Uso universal da ocitocina após o parto.	No parto vaginal- Injetar 10UI/IM de ocitocina. Na Cesárea- 5UI/IV em 3 minutos + 20UI/IV em 500ml SF/RL em 4 horas após a dequitação na cirurgia cesariana.	Ocitocina é o principal componente das medidas de prevenção da HPP, reduzindo-a em > 50%.
Clampeamento oportuno do cordão umbilical.	Realizar o Clampeamento do cordão umbilical após 1º minuto de vida, na ausência de contraindicações.	Nenhuma dessas medidas substitui o uso preventivo da ocitocina logo após o nascimento
Tração controlada do cordão umbilical.	Realizar apenas se profissional treinado. Associar a tração de cordão à manobra de Brandt-Andrews (para estabilização uterina)	

Vigilância/massagem uterina após dequitação	Massagem gentil a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas após a retirada da placenta	São consideradas medidas adicionais e de impacto variável
Contato pele a pele mãe-filho	Estimular o contato pele a pele, pois é uma medida de saúde pública e determina importante benefício para o vínculo mãe-filho.	
Outras medidas de prevenção	Uso racional da ocitocina no trabalho de parto e NÃO realizar Manobra de Kristeller.	

Fonte: OPAS, 2018

As quedas nos níveis de hemoglobina e hematócrito são tardios e não refletem o estado hematológico do momento (LIU et al., 2017). Frente às evidências clínicas de perda sanguínea acima do habitual, é necessário que não ocorram atrasos na instituição do tratamento (OPAS, 2018). A pesagem de compressas, os dispositivos coletores e os parâmetros clínicos, incluindo o índice de choque representam as estratégias para diagnosticar e estimar a perda volêmica além das estimativas visuais, que representa uma estratégia simples e rápida, sendo subjetiva e podendo subestimar as perdas volumosas em até duas a três vezes. Apesar de os parâmetros clínicos, como pressão arterial e frequência cardíaca, só sofrerem alterações nos diagnósticos tardios, são muito úteis na determinação da gravidade do choque, na avaliação do tratamento escolhido (LILLEY et al., 2016).

O índice de choque (IC) calculado através da divisão da frequência cardíaca pela pressão arterial sistólica da gestante/puérpera é um marcador clínico de gravidade em caso de HPP. Valores ≥ 0.9 em puérperas com HPP sugerem perda sanguínea significativa. Na prática clínica valores ≥ 1 , ou seja, frequência cardíaca superior à pressão arterial sistólica, sinalizam necessidade de abordagem agressiva do quadro hemorrágico, incluindo a possibilidade real de transfusão (CANNON et al., 2009; NATHAN et al., 2015).



Fonte: OPAS, 2018

Valor IC	INTERPRETAÇÃO	CONSIDERAR NA HPP:
≥ 0.9	Risco de transfusão	Hemotransfusão Transferência
≥ 1.4	Necessidade de Terapêutica agressiva com urgência	Abordagem agressiva e imediata. Abrir protocolo de Transfusão maciça
≥ 1.7	Alto risco de resultado materno adverso	Abordagem agressiva e imediata. Abrir protocolo de Transfusão maciça Comunicar CTI

El Ayadi AM et al. PLoS One. 2016 Feb 22;11(2):e0148729; Le Bas A et al. Int J Gynaecol Obstet. 2014;124(3):253-5.; Pacagnella RC et al. PLoS One. 2013;8(3):e57594. ; Sohn CH et al. Shock. 2013;40(2):101-5; Nathan HL et al. BJOG. 2015 ;122(2):268-7511

Fonte: OPAS, 2018

Sinais clínicos, grau do choque hipovolêmico e o índice de choque

SINAIS CLÍNICOS, GRAU DO CHOQUE HIPOVOLÊMICO E O ÍNDICE DE CHOQUE

PERDA SANGUE ESTIMADA (% e mL) *	PULSO	PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (mmHg)	ÍNDICE DE CHOQUE (Valor aproximado)	GRAU DO CHOQUE	TRANSFUSÃO
10-15% 500-1000 mL	60-90	>90	0,7 – 1,0	Compensado	Usualmente não
16-25% 1000-1500 mL	91-100	80-90	1,0 - 1,3	Leve	Possível
26-35% 1500-2000 mL	101-120	70-79	1,3 - 1,7	Moderado	Usualmente requerida
>35% >2000mL	>120	<70	> 1,7	Grave	Possível transfusão Maciça



Fonte: OPAS, 2018

O tratamento medicamentoso deve ser iniciado com ocitocina e o ácido tranexâmico. O ácido tranexâmico deve ser administrado na dose de 1 grama diluído em 100 mL de soro fisiológico a 0,9%. Pode ser repetido após 30 minutos caso o controle hemorrágico não tenha sido obtido. Diante da recidiva do sangramento dentro das 24 horas da sua administração inicial, outra dose de 1 grama também pode ser infundida. Os esquemas de infusão dos uterotônicos são variáveis. Sugere-se a infusão inicial lenta (três minutos) de 5 unidades de ocitocina, seguidas de 20 a 40 unidades em 500 mL de soro fisiológico, administradas a 250 mL/hora (CANNON et al., 2009; NATHAN et al., 2015).

Um esquema sequencial de manutenção deve ser administrado a 125 mL/h, durante quatro horas. Nos casos mais graves de atonia uterina, deve ser considerada a manutenção de ocitocina até 24 horas (67,5 mL/h ou 3 unidades/h), com vigilância para intoxicação hídrica. Diante de resposta inadequada à ocitocina, a infusão sequencial de outros uterotônicos é necessária e o intervalo de tempo para a tomada de decisão não deve ser superior a 15 minutos, uma vez que são medicamentos de

ação rápida (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS, 2017; OPAS, 2018; WOMAN TRIAL COLLABORATORS, 2017).

Na ausência de hipertensão arterial ou de uso de inibidores de protease, a metilergometrina (0,2 mg intramuscular) deve ser o segundo uterotônico a ser administrado, podendo ser repetida após 20 minutos. O uterotônico de última linha é a prostaglandina. Sugere-se a administração retal de 800 a 1.000 mcg de misoprostol ou de 600 mcg por via sublingual (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS, 2017; OPAS, 2018).

Esse sequenciamento medicamentoso é direcionado para a atonia uterina, etiologia mais frequente de HPP. Paralelamente à sua instituição, faz-se necessária a realização do teste do coágulo e da revisão do canal de parto, visando excluir as outras etiologias (lacerações de trajeto, rotura ou inversão uterina, retenção de material ovular, coagulopatias). Essas etiologias exigem tratamentos específicos, tais como curetagem uterina (restos ovulares), suturas (lacerações de trajeto), manobra de reposicionamento uterino (inversão uterina), laparotomia para reparo ou histerectomia (rotura uterina) e transfusão de hemocomponentes (coagulopatias) (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS, 2017; OPAS, 2018).

CONCLUSÃO

Sendo assim, conclui-se que a HPP a maior causa de mortalidade materna no mundo, a capacidade das equipes assistenciais em prevenir, diagnosticar e instituir o manejo não cirúrgico o mais precoce possível se torna imprescindível. É essencial que um fluxo de trabalho organizado com a implementação de protocolos e documentos institucionais que manejem e direcione a equipe na terapia para o controle da HPP.

A estratificação de risco deve ser utilizada para a redução dos riscos e da morbimortalidade e para isso é necessário que as instituições tenham a capacidade de manter seus profissionais atualizados e adotando condutas baseadas em evidências científicas, como o uso da ocitocina profilática no

manejo ativo do terceiro período do parto. Assim a prevenção da morte materna, a implementação de protocolos institucionais e a implantação de programas de educação permanente são extremamente eficazes na prevenção de desfechos negativos na assistência ao parto e puerpério.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Committee on Practice Bulletins Obstetrics. Practice Bulletin No. 183: Postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2017; 130(4):e168-86. Disponível em: doi: 10.1097/AOG.0000000000002351

BARBOZA, E. M. O. et al. Urgência Subjetiva em Emergência Obstétrica de Alto Risco: Um Estudo Psicanalítico. *Revista Subjetividades*, v. 19, n. 3, p. 20, 2019.

CANNON, C.M. et al. Utility of the shock index in predicting mortality in traumatically injured patients. *J Trauma.* 2009; 67(6):1426-30. Disponível em: doi: 10.1097/TA.0b013e3181bbf728

LILLEY, G. et al. Measurement of blood loss during postpartum haemorrhage. *Int J Obstet Anesth.* 2015 ; 24(1):8-14. Disponível em: doi: 10.1016/j.ijoa.2014.07.009

LIU, Y. et al. Clinical assessment indicators of postpartum hemorrhage: a systematic review. *Chin Nurs Res.* 2017; 4 (4):170-7. Disponível em: doi: 10.1016/j.cnre.2017.10.003

LIVEIRA, N. et al. HEMORRAGIA PÓS-PARTO: ATUALIZAÇÕES SOBRE O MANEJO TERAPÊUTICO E SUA PREVENÇÃO. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218*, v. 4, n. 3, p. e432877, 2023.

NATHAN, H.L. et al. Shock index: an effective predictor of outcome in postpartum haemorrhage? *BJOG.* 2015; 122(2):268-75. Disponível em: doi: 10.1111/1471-0528.13206

OPAS. Organização Pan-americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília (DF): Opas; 2018.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diag-

nóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS; 2018

RICHTER HUMMEL, J. et al. Emergências obstétricas: estudo de caso múltiplo em terapia intensiva / Obstetric emergencies: multiple case study in intensive care. *Journal of Nursing and Health*, v. 12, n. 2, 2022.

SILVA, A. C. D. DA et al. Cotidiano do enfermeiro nas emergências obstétricas no atendimento pré-hospitalar móvel. *E-Acadêmica*, v. 3, n. 2, p. e2332174, 2022.

SILVA, M. A. B. DA et al. Conduas do Enfermeiro em Situações de Urgências e Emergências Obstétricas / Nurse's Conduct in Situations of Obstetric Urgency and Emergencies. ID on line *REVISTA DE PSICOLOGIA*, v. 15, n. 56, p. 137–152, 2021.

SOSA, C.G.; ALTHABE, F.; BELIZÁN J.M.; BUEKENS, P. Risk factors for postpartum hemorrhage in vaginal deliveries in a Latin-American population. *Obstet Gynecol.* 2009;113(6):1313-9. Disponível em: doi:10.1097/AOG.0b013e3181a66b05

VIEIRA, H. E. A.; MAIA, M. H. O.; SANTOS, K. C. A. S. A. DOS. Conduas do enfermeiro frente ao acolhimento e classificação de risco em urgências e emergências obstétricas: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 12, n. 14, p. e86121443859, 2023.

WOMAN TRIAL COLLABORATORS. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double blind, placebo-controlled trial. *Lancet.* 2017; 389(10084):2105-16. Disponível em: doi: 10.1016/S01406736 (17)30638-

Política e Escopo da Coleção de livros Estudos Avançados em Saúde e Natureza



A Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza (EASN) é uma coleção de livros publicados anualmente destinado a pesquisadores das áreas das ciências exatas, saúde e natureza. Nosso objetivo é servir de espaço para divulgação de produção acadêmica temática sobre essas áreas, permitindo o livre acesso e divulgação dos escritos dos autores. O nosso público-alvo para receber as produções são pós-doutores, doutores, mestres e estudantes de pós-graduação. Dessa maneira os autores devem possuir alguma titulação citada ou cursar algum curso de pós-graduação. Além disso, a Coleção aceitará a participação em coautoria.

A nossa política de submissão receberá artigos científicos com no mínimo de 5.000 e máximo de 8.000 palavras e resenhas críticas com no mínimo de 5 e máximo de 8 páginas. A EASN irá receber também resumos expandidos entre 2.500 a 3.000 caracteres, acompanhado de título em inglês, abstract e keywords.

O recebimento dos trabalhos se dará pelo fluxo contínuo, sendo publicado por ano 4 volumes dessa coleção. Os trabalhos podem ser escritos em português, inglês ou espanhol.

A nossa política de avaliação destina-se a seguir os critérios da novidade, discussão fundamentada e revestida de relevante valor teórico - prático, sempre dando preferência ao recebimento de artigos com pesquisas empíricas, não rejeitando as outras abordagens metodológicas.

Dessa forma os artigos serão analisados através do mérito (em que se discutirá se o trabalho se adequa as propostas da coleção) e da formatação (que corresponde a uma avaliação do português

e da língua estrangeira utilizada).

O tempo de análise de cada trabalho será em torno de dois meses após o depósito em nosso site. O processo de avaliação do artigo se dá inicialmente na submissão de artigos sem a menção do(s) autor(es) e/ou coautor(es) em nenhum momento durante a fase de submissão eletrônica. A menção dos dados é feita apenas ao sistema que deixa em oculto o (s) nome(s) do(s) autor(es) ou coautor(es) aos avaliadores, com o objetivo de viabilizar a imparcialidade da avaliação. A escolha do avaliador(a) é feita pelo editor de acordo com a área de formação na graduação e pós-graduação do(a) professor(a) avaliador(a) com a temática a ser abordada pelo(s) autor(es) e/ou coautor(es) do artigo avaliado. Terminada a avaliação sem menção do(s) nome(s) do(s) autor(es) e/ou coautor(es) é enviado pelo(a) avaliador(a) uma carta de aceite, aceite com alteração ou rejeição do artigo enviado a depender do parecer do(a) avaliador(a). A etapa posterior é a elaboração da carta pelo editor com o respectivo parecer do(a) avaliador(a) para o(s) autor(es) e/ou coautor(es). Por fim, se o trabalho for aceito ou aceito com sugestões de modificações, o(s) autor(es) e/ou coautor(es) são comunicados dos respectivos prazos e acréscimo de seu(s) dados(s) bem como qualificação acadêmica.

A nossa coleção de livros também se dedica a publicação de uma obra completa referente a monografias, dissertações ou teses de doutorado.

O público terá acesso livre imediato ao conteúdo das obras, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização mundial do conhecimento

Essa obra organizada é fundamental, porque pauta a discussão de forma interdisciplinar e empírica sobre o tema da saúde da mulher, permitindo um aprofundamento e debate fundamentado sobre melhorias a serem feitas para a qualidade de vida feminina.

