

Luis Henrique Almeida Castro
(Organizador)

CIÊNCIAS DA SAÚDE:

PLURALIDADE DOS
ASPECTOS QUE
INTERFEREM NA
SAÚDE HUMANA



8

Atena
Editora
Ano 2021

Luis Henrique Almeida Castro
(Organizador)

CIÊNCIAS DA SAÚDE:

PLURALIDADE DOS
ASPECTOS QUE
INTERFEREM NA
SAÚDE HUMANA



8

Atena
Editora
Ano 2021

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2021 Os autores

Copyright da edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacão do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Ciências da saúde: pluralidade dos aspectos que interferem na saúde humana 8

Diagramação: Maria Alice Pinheiro
Correção: Flávia Roberta Barão
Indexação: Gabriel Motomu Teshima
Revisão: Os autores
Organizador: Luis Henrique Almeida Castro

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C569 Ciências da saúde: pluralidade dos aspectos que interferem na saúde humana 8 / Organizador Luis Henrique Almeida Castro. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-675-8

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.758210411>

1. Ciências da saúde. I. Castro, Luis Henrique Almeida (Organizador). II. Título.

CDD 613

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

APRESENTAÇÃO

A obra “Ciências da saúde: pluralidade dos aspectos que interferem na saúde humana 6” traz ao leitor 65 artigos de ordem técnica e científica elaborados por pesquisadores de todo o Brasil; são produções que em sua maioria englobam revisões sistemáticas, revisões de escopo, relatos de casos clínicos, investigações epidemiológicas, e estudos de caracterização de amostra.

Seguindo a primícia que o próprio título deste e-book sugere, os textos foram organizados em três volumes – cada qual representando um pilar da tríade da nova estrutura da educação em saúde: o modelo biopsicossocial. Segundo Mario Alfredo De Marco em seu artigo “Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente” (2006), esta abordagem “proporciona uma visão integral do ser e do adoecer que compreende as dimensões física, psicológica e social” e que “quando incorporada ao modelo de formação do médico coloca a necessidade de que o profissional, além do aprendizado e evolução das habilidades técnico-instrumentais, evolua também as capacidades relacionais que permitem o estabelecimento de um vínculo adequado e uma comunicação efetiva”.

Desta forma o primeiro volume, com 27 textos, é dedicado aos trabalhos que abordam os aspectos que interferem na saúde humana na esfera biológica; o segundo contém 17 artigos e traz investigações acerca dos aspectos psíquicos da saúde; e, em seu último volume a obra contempla 21 estudos focados na dinâmica social da saúde coletiva, especialmente no Brasil.

Boa leitura!

Luis Henrique Almeida Castro

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

A DECISÃO CONSCIENTE DO PARTO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Juliana Alves Costa
Paulo Roberto Hernandez Júnior
Anna Carolina Varanda Frutuoso
Brenda Alves Fernandes
Juliana de Souza Rosa
Gabriel de Souza Rosa
Heloá Santos Faria da Silva
Pedro Henrique Varanda Soares Martins
Felipe Assis Lisita Alves
Michel Rodrigues Fassarella
Rosy Moreira Bastos Junior
Paula Pitta de Resende Côrtes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7582104111>

CAPÍTULO 2..... 11

A INTERPROFISSIONALIDADE NA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE MATERNO INFANTIL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PET SAÚDE

Aline Biondo Alcantara
Lilian Dias dos Santos Alves
Maria Eulália Baleotti
Andreia Sanches Garcia
Camila de Moraes Delchiaro
Emilena Fogaça Coelho de Souza
Vanessa Patrícia Fagundes
Luciana Gonçalves Carvalho
Fernanda Cenci Queiroz
Vinicius de Castilho
Carolina de Freitas Oliveira
Maria Victoria Marques Polo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7582104112>

CAPÍTULO 3..... 21

A PRÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO PEDIÁTRICA POR PAIS E/OU RESPONSÁVEIS EM CRIANÇAS MATRICULADAS NA CRECHE NO MUNICÍPIO DE JANDAIA – GO

Dyenne Muryelly Pereira da Silva Amorim
Manoel Aguiar Neto Filho
Jacqueline da Silva Guimarães
Luciana Arantes Dantas

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7582104113>

CAPÍTULO 4..... 32

ALEITAMENTO MATERNO: FATORES QUE INFLUENCIAM O DESMAME PRECOCE

Valéria Maria Carvalho Siqueira

Daltro Moreira Iori

Caroline Rodrigues de Almeida

Célia Maria Gomes Labegalini

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7582104114>

CAPÍTULO 5..... 41

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS GESTANTES COM DIAGNOSTICO DE CRESCIMENTO INTRAUTERINO RETARDADO (RCIU)

Tháís Campos Rodrigues

Elizabeth Stefane Silva Rodrigues

Rayra Vitória Lopes Coimbra

Maria Eduarda Pinto

Tayná Tifany Pereira Sabino

Bernadete de Lourdes Xavier Guimaraes

Maria Gabriela Lourenço

Isabela Ramos Simão

Karem Cristina Santos Silva

Polyana Torres Lanza

Letícia Talma Mendes

Tatiana Mendes de Ávila Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7582104115>

CAPÍTULO 6..... 54

AS CONSEQUÊNCIAS DA PANDEMIA DA COVID-19 NA DETECÇÃO PRECOCE E EVOLUÇÃO DE CÂNCER: REVISÃO SISTEMÁTICA

Isabel Cristina Borges de Menezes

Yuri Borges Bitu de Freitas

Joaquim Ferreira Fernandes

Laura Feitoza Barbosa

Andressa Morgado Parreira

Ivair Antônio Freitas Guimarães Júnior

Cid de Lana Leão

Alaor Cabral de Melo Neto

João Pedro Carrijo Cunha Câmara

Mariana de Oliveira Andrade

Júlia Raquel Silva do Ó

Antonio Márcio Teodoro Cordeiro Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7582104116>

CAPÍTULO 7..... 64

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PAIS E CUIDADORES DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Martha Sabrina Barbosa Barreto

Ana Cecília Andrade Santana

Camila Andrade dos Santos
Carolina Matos dos Santos
Maria Morgana Contreira Costa
Natália dos Santos Souza
Verônica Maciel Reis
Lidiane Carine Lima Santos Barreto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7582104117>

CAPÍTULO 8..... 74

CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS E CUIDADORES EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

Beatriz Rodrigues de Souza Melo
Maria Angélica Andreotti Diniz
Karolina Helena Neri
Gustavo Carrijo Barbosa
Aline Russomano de Gouvêa
Aline Cristina Martins Gratão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7582104118>

CAPÍTULO 9..... 89

DIABETES MELLITUS E SUA RELAÇÃO COM O ESTILO DE VIDA DA PESSOA IDOSA

Júlia de Oliveira Sacchi
Isabela Jabra da Silva
João Pedro Mirandola Hervatin
Júlia Bettarello dos Santos
Laís Ribeiro Braga
Gabriela Carballo Menezes Mendonça
Murilo Gasparotto Peres
Rafael Augusto do Nascimento
Beatriz Pizzi de Santi
Domitila Natividade Figueiredo Lopes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.7582104119>

CAPÍTULO 10..... 95

DO PARTO DESEJADO AO REALIZADO: ASSISTÊNCIA AO PARTO EM MULHERES USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Lara Parreira de Souza
Paula Carolina Bejo Walkers
Carla Patrícia Bejo Walkers

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75821041110>

CAPÍTULO 11..... 109

ENFERMEIRAS NA SAÚDE DA FAMÍLIA NO CEARÁ: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Anelize Coelho de Azevedo
Thais Silva de Oliveira
Norma Valeria Dantas de Oliveira Souza
Patricia Lima Pereira Peres

Thereza Christina Mó y Mó Loureiro Varella
Karla Biancha Silva de Andrade
Eloá Carneiro Carvalho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75821041111>

CAPÍTULO 12..... 118

FATORES ENVOLVIDOS NA BAIXA ADESAO DE JOVENS E ADOLESCENTES AO ATENDIMENTO DE SAUDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Rafael Nascimento da Silva
Afonso Pedro Guimarães Pinheiro
Anderson Rodrigues Ribeiro
Emilly Gabriele Prata de Abreu
Josiane Priscila Sales Rocha
Kelly Maria Rodrigues da Silva
Giovanni Paulo Ventura Costa
Camila Rodrigues Barbosa Nemer
Clodoaldo Tentes Cortes
Luzilena de Sousa Prudência
Nely Dayse Santos da Mata
Rubens Alex de Oliveira Menezes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75821041112>

CAPÍTULO 13..... 131

INCIDÊNCIA DE DOENÇAS IMUNOPREVENÍVEIS EM ESTUDANTES DE CIÊNCIAS DA SAUDE

Larissa de Araújo Freire Barrêto
Ana Jovina Barreto Bispo
Bárbara Fernanda Pacheco da Costa
Isabelle Araújo de Oliveira Santana

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75821041113>

CAPÍTULO 14..... 144

INCIDÊNCIA E O PERFIL DE MULHERES UNIVERSITÁRIAS QUE FAZEM O USO DA PÍLULA CONTRACEPTIVA DE EMERGÊNCIA

Amanda Gabriela Covre
Francine Maery Dias Ferreira Romanichen

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75821041114>

CAPÍTULO 15..... 153

O IMPACTO DO PERÍODO DE ISOLAMENTO SOCIAL NO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE

Deoclecio Rocco Gruppi
Marina Magatão

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75821041115>

CAPÍTULO 16..... 163

OFICINAS DE COOPERAÇÃO HORIZONTAL COMO ESTRATÉGIA DE ABORDAGEM DE EQUIPES DE SAÚDE DE MACEIÓ PARA A REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

Ednalva Maria de Araújo Silva
Joice Fragoso Oliveira de Araujo
Cristina Maria Vieira da Rocha
Araci Lessa Sotero Silvestre
Maria José Cardoso da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75821041116>

CAPÍTULO 17..... 171

PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE PETROLINA-PE

Cícera Áurea Fontes Vilela
Marianne Louise Marinho Mendes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75821041117>

CAPÍTULO 18..... 185

PROPOSTA DE PROTOCOLO INTERDISCIPLINAR PARA PREVENÇÃO ÀS LESÕES DE PELE EM IDOSOS INTERNADOS EM UNIDADE HOSPITALAR

Alessandra Rodrigues Martins
Clóris Regina Blanski Grden
Jacy Aurélia Vieira Sousa
Márcia Daniele Seima
Pollyanna Kássia de Oliveira Borges

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75821041118>

CAPÍTULO 19..... 203

REDE ESPECIALIZADA DE ATENÇÃO À PESSOA COM DIABETES MELLITUS EM CIDADE DO INTERIOR DE SÃO PAULO

Raquel Rangel Cesario
Fernando César Padula Silva
Isabela Ewbank Barbosa
Luciano Roberto Bessa Filho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75821041119>

CAPÍTULO 20..... 212

SABERES E CUIDADOS DE SAÚDE E A PASTORAL DA CRIANÇA: SUBSÍDIOS PARA A ATENÇÃO BÁSICA

Célia Maria Gomes Labegalini
Roberta Tognollo Borotta Uema
Marcela Fernandes Travagim
Heloá Costa Borim Christinelli
Dandara Novakowski Spigolon
Kely Paviani Stevanato
Barbara Andreo dos Santos Liberati

Maria Antônia Ramos Costa
Iara Sescon Nogueira
Pâmela Patrícia Mariano
Ieda Harumi Higarashi
Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75821041120>

CAPÍTULO 21..... 226

**SAÚDE DIGESTIVA NO CONTEXTO DA PANDEMIA: A PREVALÊNCIA DA OBESIDADE
E A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR**

Arthur Ribeiro Coutinho da Franca Pereira
Deborah Cristina Nascimento de Oliveira
Eduardo Antonio Montenegro Cabral
Eduardo Henrique da Franca Pereira
Iasmin Pordeus Coura Urtiga
João Victor Fernandes de Paiva
Livia Maria Pordeus Coura Urtiga
Maria Eduarda Ribeiro Coutinho da Franca Pereira
Rodrigo Baracuhy da Franca Pereira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.75821041121>

SOBRE O ORGANIZADOR..... 231

ÍNDICE REMISSIVO..... 232

CAPÍTULO 10

DO PARTO DESEJADO AO REALIZADO: ASSISTÊNCIA AO PARTO EM MULHERES USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 06/09/2021

Lara Parreira de Souza

Universidade Federal de Uberlândia, Instituto
de Ciências Exatas e Naturais do Pontal,
Ituiutaba-MG
<http://lattes.cnpq.br/5512951635834759>

Paula Carolina Bejo Walkers

Universidade Federal de Uberlândia, Hospital
das Clínicas, Uberlândia – MG
<http://lattes.cnpq.br/0093435526376573>

Carla Patrícia Bejo Walkers

Universidade Federal de Uberlândia, Instituto
de Ciências Exatas e Naturais do Pontal,
Ituiutaba-MG
<http://lattes.cnpq.br/4709185620670481>

RESUMO: O parto é um evento fisiológico que tem sido altamente medicalizado no Brasil, afastando-se do modelo de humanização preconizado pela OMS. O objetivo do presente estudo foi avaliar a via de parto desejada pelas gestantes atendidas por uma unidade de saúde, e identificar práticas intervencionistas utilizadas para sua realização. Para isto, foi realizado um estudo de natureza qualitativa, com análise dos dados coletados por meio de questionários semiestruturados, ao longo do período gestacional e puerperal de gestantes atendidas por uma unidade de saúde pública. Os resultados indicaram que 64% das gestantes referiram decisão pelo parto vaginal, a maioria por acreditar ser mais saudável, porém, apenas 38%

das mulheres experienciaram esta via de parto. Em relação aos partos vaginais, observou-se que 100% das mulheres foram colocadas em posição litotômica por exigência do serviço/profissionais da saúde. Em 100% dos partos não houve contato da mãe com o neonato imediatamente após o parto. Além disso, houve um alto índice de intervenções como a episiotomia (100%) e manobra de Kristeller (50%). Em conclusão, notou-se predominância de um atendimento medicalizado e intervencionista no parto das entrevistadas, evidenciando uma assistência distante daquela preconizada pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Parto humanizado; Cesárea; Parto Normal.

FROM THE DESIRED DELIVERY TO THE PERFORMED: DELIVERY ASSISTANCE IN WOMEN USERS OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS)

ABSTRACT: Childbirth is a physiological event that has been highly medicalized in Brazil, moving away from the humanization model advocated by the WHO. The aim of this study was to evaluate the type of delivery desired by pregnant women attended by the a health unit, and to identify interventionist practices used during the labor. For this, a qualitative study was carried out, with analysis of data collected through semi-structured questionnaires, throughout the gestational and postpartum period of pregnant women assisted by a public health unit. The results indicated that 64% of the pregnant women reported a decision for vaginal delivery, the majority believing it to be

healthier, however, only 38% of these women experienced the vaginal delivery. Regarding vaginal births, it was observed that 100% of the women were placed in the lithotomy position as required by the health service/professionals. In 100% of deliveries there was no contact between the mother and the newborn immediately after delivery. Furthermore, there was a high rate of interventions such as episiotomy (100%) and Kristeller maneuver (50%). In conclusion, there was a predominance of medicalized and interventionist care in the labor of the interviewees, evidencing assistance far from that recommended by the Ministry of Health and the World Health Organization.

KEYWORDS: Humanized birth; cesarean; normal birth.

1 | INTRODUÇÃO

O parto é um momento sublime vivenciado entre mães e filhos, mas apesar de ser um procedimento habitual dentro de hospitais e maternidades, representa uma experiência particular para as gestantes e suas famílias e, por essa razão, deve ser atendido de forma acolhedora, segura e respeitosa, (OLIVEIRA et al. 2010; GRIBOSKI; GUILHEM, 2006). Esta segurança é importante, pois muitas gestantes sentem medo e ansiedade ao pensarem na hora do parto, principalmente as primigestas (TEDESCO et al. 2004). No Brasil, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde (MS) (Portaria/GM nº 569) garante assistência que prioriza os direitos das gestantes, mães e recém-nascidos, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e assistência à saúde além de garantir acesso e qualidade durante os acompanhamentos (BRASIL, 2000). O atendimento humanizado ao parto deve permitir a valorização do ato fisiológico e é reconhecido por trazer benefícios tanto para a saúde da parturiente quanto do bebê, permitindo que mãe e filho sejam os protagonistas e o parto seja realizado naturalmente, sem a necessidade de procedimentos invasivos (OLIVEIRA; MADEIRA, 2002).

Entretanto, a despeito destas orientações, o que se observou no Brasil, nas últimas décadas, foi o aumento vertiginoso no número de cesáreas, que corresponderam a mais de 56% dos partos realizados em 2019 (DATASUS, 2021). Este índice demonstra que o cenário do nascimento vai na contramão do preconizado pelo Programa de Humanização, sendo este um quadro extremamente preocupante do ponto de vista da saúde pública, já que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a taxa de cesáreas em uma população não deve ultrapassar 15% (OMS, 2015). Estes altos índices de cesáreas podem relacionados ao fato do parto ser tratado como uma patologia, priorizando, assim, a utilização da prática cirúrgica. Somado a isso, outros fatores, como o avanço tecnológico e científico, contribuem para este tipo de prática, mesmo em gestantes de risco habitual (CASTRO; CLAPIS, 2005; SANTOS et al., 2018a). A intensa utilização desta tecnologia leva a “desumanização” do parto, aumentando o risco dos envolvidos, mães e bebês, sofrerem iatrogenia (LEAL et al., 2014; PASCHE et al., 2010). Cabe ressaltar, também, que a indicação da cesárea pela maioria dos profissionais da saúde é prevalente por ser um

procedimento considerado rápido e rentável, principalmente nas redes privadas (PASCHE et al., 2010, BARCELLOS et al., 2009). Neste contexto, o objetivo desse estudo foi acompanhar gestantes e parturientes, avaliando a via de parto desejada e realizada, além de identificar, por meio dos relatos dessas mulheres, quais procedimentos, considerados invasivos, foram utilizados no parto.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo conduzido por meio de entrevistas realizadas com mulheres nos períodos gestacional e puerperal, atendidas em uma unidade de saúde localizada no município de Ituiutaba, Minas Gerais. Foi definido como universo do estudo, gestantes que realizaram o pré-natal na referida unidade de saúde e que encontravam-se no primeiro trimestre de gestação (≤ 12 semanas). Esse serviço de saúde pública realiza atendimentos pré-natais, pediátricos e psicológicos no município.

A amostragem foi de ocasião, sendo incluídas no estudo as gestantes presentes na unidade de saúde nos momentos das visitas, que atendiam aos critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa. No total, foram entrevistadas 40 gestantes na primeira etapa do estudo. A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2017 e maio de 2018 e foi dividida em três momentos sendo duas entrevistas realizadas durante o período gestacional, uma a cada trimestre de gestação (primeira: ≤ 12 semanas; segunda: entre 20 a 24 semanas) e uma terceira entrevista aplicada durante o puerpério (até 8 semanas após o parto). As entrevistas foram realizadas por meio de questionários semiestruturados padronizados e aplicados na sala de espera da unidade de saúde.

Na primeira etapa do estudo, as gestantes foram questionadas acerca das suas características sociodemográficas, paridade (número de filhos), conhecimento a respeito do parto humanizado (nenhum, pouco ou muito), via de parto desejada e razões para escolha, assistência recebida durante o pré-natal, e sinais e sintomas anormais durante o período de gestação (diabetes e hipertensão arterial). No segundo momento do estudo, as gestantes foram questionadas sobre a escolha da via de parto (se houve alguma mudança na escolha do parto e o que a motivou), sinais e sintomas anormais durante a gestação (considerando gestante e bebê), apresentação fetal (cefálica, pélvica ou transversal), e ganho de peso durante a gestação.

Na última etapa as parturientes responderam questões referentes aos procedimentos realizados desde o trabalho de parto até o nascimento do bebê, tais como: presença e duração do trabalho de parto, via de parto realizada, presença de acompanhante, contato com o recém-nascido após o parto, nível de satisfação e frustração com a experiência do parto. A presença de intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e no parto também foram avaliadas, como: permanência em jejum por indicação médica, posição de litotomia, analgesia, episiotomia, manobra de Kristeller e cesariana.

A partir dos dados obtidos nas entrevistas, as parturientes foram categorizadas de acordo com a Classificação de Robson, feita em 10 grupos, baseada em cinco características obstétricas de fácil identificação: paridade (nulípara ou multípara, com e sem cesárea anterior), início do parto (espontâneo ou induzido), idade gestacional, apresentação fetal (cefálica, pélvica ou transversal), e número de fetos (único ou múltiplo) (ROBSON, 2001). Para avaliar a contribuição de cada grupo na ocorrência de cesarianas, foram calculadas as proporções absoluta (número de cesáreas de cada grupo dividido pelo total de partos realizados) e relativa (número de cesáreas de cada grupo dividido pelo total de cesáreas realizadas).

A prevalência de partos cesarianos e partos vaginais também foi avaliada na população estudada, bem como a comparação entre as gestantes que tiveram e aquelas que não tiveram o parto inicialmente desejado.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (CAAE: 64193316.5.0000.5152). Todas as gestantes foram esclarecidas acerca dos objetivos e procedimentos do estudo e aquelas que desejaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As participantes não foram identificadas em nenhuma das fases de execução do estudo, garantindo o sigilo e confidencialidade dos dados.

3 | RESULTADOS

Das 40 gestantes que participaram do estudo, 25 concluíram todas as etapas da entrevista, sendo que daquelas que não concluíram, 7,5% foram excluídas por não atenderem aos critérios de inclusão do estudo (gestação acima de 12 semanas), 7,5% sofreram perda fetal antes de completarem 24 semanas de gestação e 22,5% não puderam ser encontradas por meio do telefone de contato fornecido na primeira entrevista. Assim, os resultados apresentados referem-se às participantes que concluíram todas as etapas do estudo (n=25).

A média de idade das participantes foi de $24 \pm 5,33$ anos com predomínio de mulheres casadas (68%) e multigestas (72%). Quanto ao nível de escolaridade, houve a prevalência de mulheres com ensino médio (56%), sendo que apenas 8% apresentavam ensino superior completo. Quanto ao histórico obstétrico, dentre as multíparas, 83% apresentavam cesárea anterior. Na tabela 1 encontram-se as características das gestantes entrevistadas.

Variável	N	%
Idade (anos)		
< 20	4	16
20 a 25	10	40
> 25	11	44
Escolaridade		
Fundamental	7	28
Médio	14	56
Superior	4	16
Estado civil		
Solteira	9	36
Casada	16	64
Nº de gestações		
Primigesta	7	28
Multigesta	18	72
Via de parto desejada		
Vaginal	16	64
Cesárea	9	36
Via de parto realizada		
Vaginal	6	24
Cesárea	19	76

Tabela 1. Características sociodemográficas, obstétricas e gestacional das gestantes entrevistadas. Ituiutaba-MG, 2018

Fonte: As autoras

Quanto a via de parto desejada pelas gestantes no primeiro trimestre de gestação, 64% declararam como primeira opção o parto vaginal, sendo que destas, 94% atribuíram a escolha por acreditar ser esta a via mais saudável. O desejo pelo parto vaginal foi referido por todas as primigestas e por 50% das multiparas, sendo que destas, cerca de 77% tiveram cesárea anterior. Entre as gestantes que referiram o parto cesáreo como primeira opção, aproximadamente 44% declararam esta preferência por acreditarem ser a via mais segura, enquanto um terço teve recomendação médica. Uma das razões mencionadas pelas multigestas para escolha da cesariana como primeira opção foi o desejo de realizar a laqueadura tubária.

Com relação ao tipo de parto realizado, apenas 38% das mulheres que referiam decisão pelo parto vaginal na primeira entrevista vivenciaram tal experiência. Em contrapartida, daquelas que optaram pela cesariana, 89% tiveram seus bebês por meio deste procedimento. Dentre as parturientes que optaram inicialmente pelo parto vaginal e foram submetidas à cesariana por indicação médica, em relação às justificativas, foi observado que em 46,7% dos casos o procedimento foi realizado em parturientes com

cesariana anterior, em 9% a cesariana foi emergencial, por ser gestação gemelar (9%), em 27,3% devido à gestação ter ultrapassado 40 semanas e em 9% devido ao prolongamento do trabalho de parto por mais de doze horas, com processo de dilatação lento. Dentre as parturientes submetidas à cesárea, 15,8% relataram sentimento de frustração por não terem realizado o parto vaginal.

Na assistência das mulheres que utilizaram a via de parto vaginal, 67% estavam com acompanhantes, a maioria foi orientada à permanecer em jejum durante o trabalho de parto (83%) e 80% foram submetidas ao exame de toque por até 3 vezes. O tempo de duração do trabalho de parto referido foi de 4 à 10 horas e neste período todas tiveram liberdade para se movimentar. Durante o período expulsivo do parto todas as parturientes foram colocadas em posição de litomia e a maioria foi submetida à intervenções, tais como manobra de Kristeller (50%), anestesia local (100%) e episiotomia (100%). Nenhuma das parturientes submetidas ao parto vaginal teve contato direto com o neonato imediatamente após o parto.

Entre as parturientes que foram submetidas a cesárea, 15,8% a fizeram por opção inicial, aproximadamente 63% não puderam ser acompanhadas no centro cirúrgico, 42,1% foram submetidas à manobra de Kristeller, 47,4% tiveram pés e/ou mãos amarrados no momento do parto e nenhuma relatou ter contato com o neonato imediatamente após o parto. Verificou-se, ainda, que uma boa parte das parturientes entrou em trabalho de parto (47,3%), com duração inferior a 4 horas (42,1%) e realizou exame de toque por até 3 vezes (78,9%).

No que se refere ao grau de avaliação quanto a sua experiência no período puerpério, em ambas as vias de parto, constatou-se que 53% das parturientes consideraram o parto como bom, 44% ótimo e apenas 4% como regular.

Dentre as gestantes entrevistadas, 36% declararam não possuir nenhum conhecimento sobre o parto humanizado e daquelas que declararam possuir pouco conhecimento, a principal fonte de informações foi a internet (47%).

Já quanto à avaliação das parturientes e categorização na Classificação de Robson, foi observado que o grupo 5 (múltiparas com pelo menos uma cesárea anterior, feto único e cefálico com ≥ 37 semanas) foi o prevalente, conforme apresentado na tabela 2.

Descrição	N (%)	Taxa de cesárea (%)	Contribuição absoluta (%)	Contribuição relativa (%)
1. Nulípara, ≥ 37 semanas, feto único, cefálico, trabalho de parto espontâneo	12	33	4	5,3
2. Nulípara, ≥ 37 semanas, feto único, cefálico, parto induzido ou cesariana programada	8	100	8	10,5

3. Multípara (sem cesariana anterior), ≥ 37 semanas, feto único, cefálico, trabalho de parto espontâneo	8	0	0	0
4. Multípara (sem cesariana anterior), ≥ 37 semanas, feto único, cefálico, parto induzido ou cesariana programada	0	0	0	0
5. Multípara, ≥ 37 semanas, feto único, cefálico, cesariana anterior	40	90	36	47,4
6. Nulípara com feto em apresentação pélvica, qualquer idade gestacional	0	0	0	0
7. Multípara, feto único, pélvico (inclui cesariana prévia)	8	100	8	10,5
8. Gestação múltipla (inclui cesariana prévia)	8	100	8	10,5
9. Feto em apresentação transversa/obliqua (inclui cesariana prévia)	4	100	4	5,3
10. Gravidez de < 37 semanas, feto único, cefálico (inclui cesariana prévia)	12	67	8	10,5

Tabela 2. Prevalência de cesarianas segundo a classificação de Robson em Ituiutaba – MG 2018

4 | DISCUSSÃO

A despeito do desejo pela via de parto vaginal referido pela maior parte das gestantes entrevistadas, o presente estudo demonstrou alta prevalência de partos cesarianos, inclusive acima da média nacional, além da incidência de práticas intervencionistas em todos os partos realizados. Estudos de Dias et al. (2008) e Nascimento et al. (2015) corroboram os dados aqui apresentados, mostrando que muitas mulheres são submetidas a essa prática cirúrgica, mesmo optando pela via de parto vaginal.

O Brasil é conhecido como um dos países com maior índice de cesárea no mundo, representando um desafio para a política de saúde pública. Somente na região sudeste, onde o presente estudo foi realizado, a proporção de partos cesáreos foi superior a 58% em 2019 (DATASUS, 2021). A prevalência de cesarianas observada no município de Ituiutaba-MG, acima da média nacional e regional, que já são consideradas extremamente altas, evidencia fragilidades importantes relacionadas à assistência ao parto no SUS, com práticas muito distantes daquelas preconizada pelo MS e pela OMS.

O parto vaginal foi referido como ideal pela maioria das gestantes. Os motivos revelados foram similares aos encontrados em outros estudos (NASCIMENTO et al., 2015; LEGUIZAMON et al., 2013; CAMPOS et al., 2014), mostrando que a principal razão foi por esta ser considerada a via mais saudável, tanto para sua recuperação quanto para a saúde do recém-nascido. Nesse aspecto, o parto vaginal possui diversas vantagens, permitindo maior vínculo entre mãe e bebê, garantindo rápida recuperação da parturiente, diminuindo a incidência de problemas respiratórios no recém-nascido e de infecções hospitalares (HANSEN et al., 2008; VELHO et al., 2014).

Entretanto, embora a preferência pelo parto vaginal tenha sido prevalente, a maior parte das parturientes que desejavam esta via de parto foi submetida à cesariana por indicação médica, sendo as justificativas observadas: presença de gestação gemelar, múltiparas com cesárea anterior, prolongamento do período gestacional (acima de 40 semanas) e trabalho de parto prolongado com processo de dilatação lento. Além disso, nas parturientes que apresentavam a cesárea como via de parto anterior, este índice foi ainda mais alarmante, com quase a totalidade destas sendo submetidas novamente a este procedimento. Estes resultados indicam que, apesar do desejo pelo parto vaginal, o desfecho principal foi a cesárea, que, quando realizada de forma desnecessária, principalmente em gestantes de risco habitual, aumenta o risco de morbidade e mortalidade materna e neonatal (LEAL et al., 2014). Os estudos de Leal et al. (2014) e Hansen et al. (2008) comprovam que a realização da cesariana eletiva, principalmente quando em menor idade gestacional, aumenta as chances do neonato apresentar problemas respiratórios, indicando que o trabalho de parto é um fator importante na maturação pulmonar do bebê.

Contudo, existem razões específicas em que a cesárea se torna a via de parto mais indicada, dentre as quais, podemos citar: herpes ativo na hora do trabalho de parto, gemelaridade – dependendo da idade gestacional e apresentação dos fetos no momento do parto, condilomas e/ou tumores que impossibilitem a apresentação fetal e progresso do trabalho de parto, infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), sofrimento fetal agudo, descolamento prematuro de placenta, dentre outros (DOMINGUES et al., 2014). No presente estudo, dentre as parturientes submetidas à cesárea, foi observado que em apenas 12% o procedimento cirúrgico foi realizado de forma emergencial, devido às intercorrências gestacionais, como sofrimento fetal e aumento da pressão arterial da parturiente. Este percentual de ocorrência de cesarianas encontra-se dentro do índice considerado seguro, de acordo com a OMS (OMS, 2015).

Dentre as mulheres que declararam preferência pela cesárea foi observado que o desejo pela laqueadura tubária, especialmente em gestantes com cesáreas anteriores, é um dos influenciadores na escolha da via de parto cirúrgica. Isto se deve, provavelmente, ao fato de a legislação brasileira não permitir que a laqueadura seja realizada durante o parto ou até o 42º dia de pós-parto, com exceção dos casos em que a parturiente comprove a necessidade de tal procedimento, como a ocorrência de cesáreas anteriores (BRASIL,

2013). Outro fator referido como razão para a escolha da cesárea foi o medo da dor do parto. Este medo permeia o pensamento de muitas mulheres, decorrente dos paradigmas impostos pelos instrumentos midiáticos. Além disso, a falta de conhecimento sobre as vias de parto, suas vantagens e desvantagens no que diz respeito à saúde da mãe e do bebê e as alterações emocionais e físicas que cada via acarreta, ocasiona medo e insegurança em escolher o parto vaginal, concedendo o poder de decisão ao profissional envolvido, por ser este o “detentor do conhecimento” (OLIVEIRA et al., 2010; COPELLI et al., 2015).

De fato, a maioria das gestantes entrevistadas mencionou que possuía pouco ou nenhum conhecimento sobre o parto humanizado, sendo observado que a escolaridade estava relacionada a este nível de conhecimento. A humanização do parto é um modelo de assistência que combate os paradigmas impostos pelo modelo tecnocrático e intervencionista acerca do nascimento no Brasil e no mundo (CARVALHO, 2002; MENDONÇA, 2015). Preconizado pelo MS e OMS, os métodos inseridos neste modelo contribuem para amenização das dores parto, sendo alternativas acessíveis, menos invasivas e de baixo custo que podem ser implantadas em todos os serviços de saúde (BRASIL, 2017). Entretanto, apesar dos benefícios inerentes deste modelo sua realização é mencionada pela menor parte das mulheres em sua experiência de parturição (MOMGUILHOTT et al., 2018), evidenciando que a falta de conhecimento a respeito destas práticas, indicada no presente estudo, pode ser um dos fatores que contribui para a elevada taxa de procedimentos invasivos, os quais podem culminar na realização da cesárea.

Segundo a OMS, dentre os fatores que auxiliam as parturientes no período parturitivo, a recomendação de acompanhante de escolha pessoal, está associada à benefícios, como o aumento da chance de um parto vaginal espontâneo, redução da duração do trabalho de parto e da ocorrência de parto vaginal instrumental, além da diminuição de experiências negativas associadas ao parto (OMS, 2018). No Brasil, a legislação vigente (Lei nº 11.108/2005) garante às parturientes o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS (BRASIL, 2005). Entretanto, apesar da garantia legal, o presente estudo demonstrou que a restrição da presença de acompanhantes é uma prática rotineira, especialmente naquelas mulheres submetidas à cesárea, o que pode interferir negativamente no estado emocional da parturiente. Estudo realizado por Dodou et al. (2014) demonstrou que, de fato, a presença de acompanhante no momento do parto proporciona segurança e bem estar à parturiente, além de permitir maior vínculo com o bebê desde o nascimento.

Apesar das recomendações feitas pela OMS e o MS em relação à assistência ao parto, além da restrição de acompanhamento, o presente estudo detectou a realização de uma série de intervenções obstétricas invasivas na população estudada, sendo este cenário também observado em diversas instituições de saúde espalhadas pelo país (LEAL; GAMA, 2014). Houve prevalência de práticas como a posição de litotomia e a episiotomia, observadas em todas as parturientes que tiveram o parto vaginal, além da manobra de

Kristeller, em 50% dos casos, demonstrando a desvalorização da fisiologia do parto. Ratificando o exposto, diversos autores (LEAL et al., 2014; SILVA et al., 2013; VOGT et al., 2014) apontaram que a frequência de intervenções obstétricas durante o trabalho de parto foi elevada, principalmente a posição de litotomia e a episiotomia.

Neste estudo, a posição de litotomia foi identificada em todas as parturientes que vivenciaram o parto vaginal e que apresentavam risco habitual. Em estudo similar, a posição de litotomia era utilizada na rotina de maternidades da rede pública da cidade do Rio de Janeiro, com índice de até 98% (D'ORSI et al., 2005). Embora rotineira, a posição horizontal não favorece a evolução do trabalho de parto e induz a utilização de ocitocina exógena, resultando, muitas vezes, na cesárea como de via de parto final (OMS, 2018). Em contrapartida, posições verticalizadas durante a primeira etapa do trabalho de parto, favorecem sua evolução, não estando correlacionadas com o aumento de uso de intervenções e/ou impactos negativos aos envolvidos (LAWRANCE et al., 2013). Para mulheres não submetidas a analgesia epidural a OMS recomenda que a posição adotada seja aquela na qual a mulher se sinta mais confortável, incluindo as posições verticais. De fato, a escolha da posição vertical pode reduzir, até mesmo, a incidência de episiotomia (OMS, 2018).

A episiotomia é uma das intervenções que foram implantadas na rotina da assistência ao parto, com a justificativa de conter as lacerações do períneo (LEAL et al., 2014). Em contrapartida, os autores Oliveira e Miquilini (2005) e Santos et al. (2018b) defendem que essa prática pode aumentar as chances da ocorrência de laceração perineal, além de infecção e hemorragia. A prática da episiotomia na totalidade das mulheres submetidas ao parto vaginal neste estudo se contrapõe às recomendações da OMS e MS as quais sugerem que a taxa de episiotomia deve variar entre 10% a 15% dos casos, sendo utilizada apenas em situações restritas (OMS, 2018; BRASIL, 2014). Além disso, as evidências atuais sugerem que a episiotomia não é recomendada como prática rotineira em mulheres em parto vaginal espontâneo (OMS, 2018).

Além destes fatores, a maioria das equipes responsáveis pelo atendimento de parturientes utilizam mecanismos, como a manobra de Kristeller, com o intuito de facilitar o nascimento, tanto durante o parto vaginal quanto o cesáreo (LEAL et al., 2014; D'ORSI et al., 2005), sendo esta prática observada em quase metade das entrevistadas do presente estudo. Porém, apesar de rotineira em muitas maternidades, a OMS não recomenda a aplicação de pressão manual no fundo do útero para facilitar o nascimento durante a segunda fase do trabalho de parto, e considera que esta prática pode causar danos para a mãe e o bebê, estando relacionada a experiências de parto mais dolorosas, além de aumento nos riscos de ruptura uterina e morte perinatal. Estudo de caso clínico que avaliou possíveis complicações decorrentes da manobra de Kristeller evidenciou a ocorrência de rupturas uterinas, além de sérios danos ao recém-nascido sendo recomendado o controle desse procedimento de forma rotineira (HABEK et al., 2008).

Procedimentos como estes, realizados rotineiramente, são considerados abusivos, sendo classificados como violência obstétrica (VO) (OLIVEIRA; PENNA, 2017). A OMS considera que a VO é uma forma de violência enraizada nas culturas organizacionais das instituições de saúde e a classifica em intervenções e medicalização rotineira e desnecessária (sobre a mãe ou o bebê), abuso, humilhação e agressão verbal ou física, falta de insumos e instalações inadequadas, práticas realizadas por residentes e profissionais sem a permissão da mãe, após informações completas, verídicas e suficientes, discriminação por motivos culturais, econômicos, religiosos e étnicos (JARDIM; MODENA, 2018). No presente estudo, pode-se observar esta prática mediante a realização rotineira de intervenções, como a episiotomia, sem o consentimento de algumas parturientes. Ainda, estudo realizado por Oliveira e Pena (2017) mostrou que a violência contra parturientes é observada cotidianamente nas salas de parto dos municípios do Centro-Oeste de Minas Gerais. Neste contexto, a OMS recomenda o apoio intensivo dos governos para adoção de medidas que visem combater o desrespeito e os maus-tratos, além da implementação de ações que tenham o intuito de apoiar a mudança na conduta dos profissionais envolvidos, garantindo que as mulheres tenham acesso a um atendimento respeitoso, atencioso e competente (OMS, 2014).

Para identificar os possíveis desfechos que as parturientes deveriam ser submetidas durante o período puerpério, além de avaliar as taxas de parto cesáreo na população estudada, a partir das características de cada grupo, o presente estudo optou por utilizar a Classificação de Robson (OMS, 2015). A maioria das parturientes foi classificada dentro do grupo 5, com mulheres multíparas, feto único em apresentação cefálica, com cesárea anterior, contribuindo relativamente em 47,4% das cesáreas realizadas. Nesse sentido, um dos desafios já observados é a redução dos índices deste procedimento entre mulheres com cesárea anterior. De fato, diversos autores (DIAS et al., 2008; NASCIMENTO et al., 2015; DOMINGUES et al., 2014) corroboram os resultados apontados neste estudo, demonstrando que a ocorrência de parto cesáreo é mais prevalente em mulheres que apresentam cesárea anterior.

5 | CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou uma alta prevalência de partos cirúrgicos na rede pública de atendimento do município, além da predominância de um atendimento medicalizado, mesmo nas parturientes submetidas ao parto vaginal, ignorando as evidências científicas que visam melhorar a qualidade desse modelo de assistência. Além disso, identificou-se altos índices de procedimentos invasivos durante os períodos parturitivo e puerperal, evidenciando experiências negativas sugestivas de VO. Nesse sentido, com vistas à qualidade do atendimento e segurança na assistência torna-se imprescindível, por parte de gestores e profissionais da saúde a elaboração de ações políticas que visem o

aprimoramento da assistência ao parto, prezando a assistência integral, humanizada e pautada em evidências científicas e recomendações da OMS e MS. Este estudo apresentou limitações em relação ao tamanho da amostra não permitindo a generalização dos dados. Dessa forma, sugerimos a realização de mais estudos no município que visem descrever e aprofundar no contexto da assistência obstétrica ofertada tanto na rede pública quanto na rede privada de saúde.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, L.G.; SOUZA, A.O.R.; MACHADO, C.A.F. Cesariana: uma visão bioética. **Revista Bioética**, v. 17, n. 3, p. 497-510, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Acesso em: 03 ago 2021.

BRASIL. **Lei n 11.108 de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, 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. Diário Oficial da União, 2005; 8 abr.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 300p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno HumanizaSus, v.4: Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 465p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (versão resumida)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017, 51p.

CAMPOS, A.S.; DE ALMEIDA, A.C.C.H.; DOS SANTOS, R.P. Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 2, p. 332-341, 2014.

CARVALHO, M.L. O renascimento do parto e do amor. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 521-523, 2002.

CASTRO, J.C.; CLAPIS, M.J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v.13, n.6, p. 960-967, 2005.

COPELLI, F. H.S. et al. Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, p. 336-343, 2015.

D'ORSI, E. et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 645-654, 2005.

DATASUS. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasil: DATASUS; 2021.

- DIAS, M.A.B. et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1521-1534, 2008.
- DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S101-S116, 2014.
- DOUDOU, H.D. et al. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Escola Anna Nery**, v.18, n. 2, p. 262-269, 2014.
- GRIBOSKI, R.A.; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização do parto e nascimento. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15; n.1, p. 107-114, 2006.
- HABEK, D.; BOBIĆ, M.V.; HRGOVIĆ, Z. Possible fetomaternal clinical risk of the Kristeller's expression. **Central European Journal of Medicine**, v. 3, n. 2, p. 183-186, 2008.
- HANSEN, A.K. et al. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. **Bmj**, v. 336, n. 7635, p. 85-87, 2008.
- JARDIM, D.M.; MODENA, C.M. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 26, p. e3069, 2018.
- LAWRENCE, A. et al. Maternal positions and mobility during first stage labour. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 8, 2013.
- LEAL, M.C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Caderno de Saúde Pública**, v.30, p. 17-47, 2014.
- LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N. Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. **Sumário Executivo Temático de Pesquisa**. 2014. Acesso em: 12 jun 2019.
- LEGUIZAMON JUNIOR, T.; STEFFANI, J.A.; BONAMIGO, E.L. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Revista Bioética**, v. 21, p. 509-517, 2013.
- MENDONÇA, S.S. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, v. 15, p. 250-271, 2015.
- MONGUILHOTT, J.J.C. et al. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, 2018.
- NASCIMENTO, R.R.P. et al. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 36, p. 119-126, 2015.
- OLIVEIRA, Z.M.L.P.; MADEIRA, A.M.F. Vivendo o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 36, n. 2, p. 133-140, 2002.
- OLIVEIRA, S.M.J.V.; MIQUILINI, E.C. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, p. 288-295, 2005.

OLIVEIRA, A.S.S. et al. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Rev Rene**, v. 11, p. 32-41, 2010.

OLIVEIRA, V.J.; PENNA, C.M.M. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**, 2015. Acesso em: 10 ago 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2014. Acesso em: 10 ago 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva, World Health Organization, 2018. 200p. Acesso em: 10 ago 2021.

PASCHE, D.F.; VILELA, M.E.A.; MARTINS, C.P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Revista Tempus – Actas Saúde Coletiva**, v. 4, n.4, p.105-117, 2010.

ROBSON, M.S. Classification of caesarean sections. **Fetal and maternal medicine review**, v. 12, n. 1, p. 23-39, 2001.

SANTOS, G.O. et al. Speech of women on the experience the normal birth and cesarean section. **Fundamental Care Online**, v.10, n.1, p. 233-241, 2018a.

SANTOS, L.M. et al. Associação entre perineorrafia e problemas perineais, atividades habituais e necessidades fisiológicas afetadas. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 2, p. 2233-44, 2018b.

SILVA, R.C. et al. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 22, p. 629-636, 2013.

TEDESCO, R.P. et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da vida de parto. **RBGO**, v. 26, n.10, p. 791-798, 2004.

VELHO, M.B.; SANTOS, E.K.A.; COLLAÇO, V.S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, p. 282-289, 2014.

VOGT, S.E; SILVA, K.S.; DIAS, M.A.B. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 304-313, 2014.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adesão 7, 84, 114, 115, 116, 118, 119, 121, 126, 129, 137, 139, 173, 176, 180, 181, 198, 206

Aleitamento materno 5, 16, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 213, 214, 217, 220

Atenção Básica 8, 8, 12, 39, 47, 116, 163, 173, 209, 210, 212, 214, 215, 224

Atividade física 79, 82, 153, 155, 157, 158, 159, 160, 161, 203, 229, 230

Automedicação Pediátrica 4, 21, 23, 24, 26, 28, 29

C

Câncer 5, 35, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 91, 112, 116, 159

Caxumba 131, 132, 133, 134, 135, 136, 139, 140

Cesárea 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 108

Ciências da saúde 1, 3, 7, 17, 131, 137, 138

Coqueluche 131, 134, 135, 139

COVID-19 5, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 62, 63, 157, 158, 159, 161, 162, 201, 202, 226, 227, 228, 230

Crianças 4, 5, 12, 16, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 37, 38, 39, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 112, 139, 141, 171, 173, 176, 178, 179, 183, 213, 214, 216, 218, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 230

Crianças com necessidades especiais 5, 64, 67, 70, 71

Cuidador 65, 66, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 84, 86, 87, 88, 195, 197

D

Desmame precoce 5, 32, 33, 36, 39, 40

Diabetes mellitus 6, 8, 89, 90, 94, 203, 204, 205, 210, 211, 216, 227

E

Estilo de vida 6, 72, 77, 89, 114, 154, 157, 159, 160, 203, 205, 228, 230

H

Hepatite A 134, 135, 136, 138

Hepatite B 18, 113, 134, 135, 136, 137, 138

I

Idosos 6, 8, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 94, 154, 155, 156, 158, 159, 160, 161, 185, 186, 189, 200, 201, 213, 230

Instituição de longa permanência 88

Isolamento social 54, 75, 153, 154, 155, 157, 158, 159, 160, 161, 228, 229

L

Lesões de pele 8, 185, 186, 187, 192, 193, 194, 195, 198, 200, 201

M

Meningite 131, 134, 136, 139, 140, 143

O

Obesidade 9, 33, 35, 38, 94, 168, 183, 205, 226, 227, 228, 229, 230

P

Pandemia 5, 9, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 111, 114, 154, 157, 158, 159, 226, 228, 230

Parto 4, 6, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 35, 46, 47, 48, 49, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 113, 218, 221

Parto humanizado 10, 95, 97, 100, 103, 106, 107, 108

Parto normal 3, 5, 6, 8, 9, 10, 106, 108

Pastoral da criança 8, 212, 215, 217, 223

Promoção da saúde 4, 3, 11, 116, 122, 123, 130, 172, 201, 208

Q

Qualidade de vida 5, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 90, 112, 153, 155, 156, 157, 158, 160, 161, 172, 183, 186, 198, 211, 212, 214, 219, 224

R

Rubéola 131, 132, 133, 134, 135, 139, 140

S

SARS-CoV-2 55, 56, 57, 59, 60, 227

Saúde da família 6, 18, 39, 109, 110, 111, 175, 197, 210, 225

Saúde digestiva 9, 226, 228

Saúde Materno Infantil 4, 11, 12, 15, 18

Saúde sexual 7, 106, 111, 112, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130

Sistema Único de Saúde 6, 4, 11, 12, 13, 14, 20, 95, 106, 123, 140, 169, 181, 203, 206

U

Unidade Hospitalar 8, 185

V

Vacinação 113, 131, 132, 133, 137, 138, 139, 140, 142, 143, 217

Varicela 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141

CIÊNCIAS DA SAÚDE:

PLURALIDADE DOS
ASPECTOS QUE
INTERFEREM NA
SAÚDE HUMANA

 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

8

CIÊNCIAS DA SAÚDE:

PLURALIDADE DOS
ASPECTOS QUE
INTERFEREM NA
SAÚDE HUMANA

 www.arenaeditora.com.br
 contato@arenaeditora.com.br
 [@arenaeditora](https://www.instagram.com/arenaeditora)
 www.facebook.com/arenaeditora.com.br

8


Ano 2021