

Natália de Fátima Gonçalves Amâncio Karine Siqueira Cabral Rocha
(Organizadoras)



A FORMAÇÃO MÉDICA E OS DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE

Natália de Fátima Gonçalves Amâncio Karine Siqueira Cabral Rocha
(Organizadoras)



A FORMAÇÃO MÉDICA E OS DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 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**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

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 Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
 Profª Drª Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes
 Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza
 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
 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. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia
 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 Delta do Parnaíba – UFDPAr
 Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
 Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
 Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
 Profª Drª Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal
 Profª Drª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá
 Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Profª Drª Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
 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
 Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
 Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio
 Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
 Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal 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 Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
 Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
 Profª Drª Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria
 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 Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

A formação médica e os desafios para a promoção de saúde

Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadoras: Natália de Fátima Gonçalves Amâncio
 Karine Siqueira Cabral Rocha

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
F723	<p>A formação médica e os desafios para a promoção de saúde / Organizadoras Natália de Fátima Gonçalves Amâncio, Karine Siqueira Cabral Rocha. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-0808-6 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.086231101</p> <p>1. Promoção da saúde. I. Amâncio, Natália de Fátima Gonçalves (Organizadora). II. Rocha, Karine Siqueira Cabral (Organizadora). III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 610.7</p>
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.

Este livro compreende uma coletânea de textos elaborados por diferentes autores acerca da *A Formação Médica e os Desafios para a Promoção de Saúde*. Os capítulos foram construídos a partir de um projeto científico elaborado para o Componente Curricular Habilidades de Informática III, do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas –UNIPAM.

A coleção é uma obra que tem como foco principal a discussão teórica sobre as necessárias modificações na formação médica, impulsionadas a partir da instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, articulando-a com a nova Promoção da Saúde.

Em razão da busca por novas formas de aprender e aplicar saúde e pela importância da integralidade do cuidado, a ciência tem avançado na ampliação da formação médica nos últimos tempos tanto para se alcançar a almejada Promoção da Saúde quanto para capacitar os futuros profissionais a atuarem de forma ativa nos determinantes sociais do processo saúde-doença, superando os gargalos atuais.

Elaborada com cuidado e sensibilidade, a coletânea aborda de forma clara e pontual questões delicadas e extremamente relevantes, vinculadas a formação generalista, humanista, crítico-reflexiva, pautada em princípios éticos, nos diferentes níveis do processo saúde-doença, visando à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

Espera-se que esta obra possa contribuir para novos modelos formativos, uma atuação profissional inovadora, qualificada e humanizada nas ciências da saúde. Uma ótima leitura a todos!

Natália de Fátima Gonçalves Amâncio
Karine Siqueira Cabral Rocha

Os temas abordados nos capítulos do livro, buscam trazer a relevância de assuntos imprescindíveis na formação médica, como lidar com grupos vulneráveis desde a primeira infância, adolescência, gestantes e puérperas, transexuais, idosos. Trazem também a importância do cuidado com a saúde mental do próprio médico em formação, o reconhecimento dos saberes tradicionais, a dominância das mulheres na profissão médica e finaliza com a discussão dos desafios da Promoção da Saúde, que são inúmeros.

A iniciativa de compilar assuntos tão diversos retrata a própria natureza interdisciplinar e intersetorial da Promoção de Saúde, traz a diversidade da sociedade para as páginas do livro, dando voz a populações marginalizadas e estigmatizadas até então.

A promoção de saúde como política de saúde no Brasil, tem sido implementada de diferentes maneiras nas regiões brasileiras e tem possibilitado melhoria dos indicadores de saúde, promovendo maior engajamento comunitário, empoderamento e equidade.

O Sistema Único de Saúde brasileiro é sem sombra de dúvida a principal política de inclusão social e deve ser estudado, entendido e reconhecido como tal.

Redigir o prefácio de obra *A Formação médica e os Desafios da Promoção de Saúde* trouxe expectativas e esperança.

Expectativa por uma obra que se propõe a superar o modelo biomédico justamente na formação médica e que coloca a promoção da saúde como um eixo imperativo na busca de uma medicina cada vez menos cartesiana e cada vez mais centrada no ser humano integral, biopsicosocial.

Esperança por acreditar que a promoção de saúde como campo teórico e metodológico oferece um leque de abordagens para o ensino e a aprendizagem que podem auxiliar na formação diferenciada de profissionais de saúde.

Boa leitura!!

Mônica de Andrade
 Vice-presidente da União Internacional de Promoção de Saúde e
 Educação para a Saúde para América Latina (IUHPE/ORLA)

CAPÍTULO 1 1**A ATUAÇÃO MÉDICA NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES EM PEDIATRIA**

Gabriela Tavares de Jesus
Andreza Luiza Souza Côrtes
Francis Jardim Pfeilsticker
Eliane Rabelo de Sousa Granja

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0862311011>

CAPÍTULO 2 12**A FORMAÇÃO DE NOVAS MÉDICAS NO BRASIL E O IMPACTO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

Maria Fernanda Londe de Lima
Ranna Samara Fernandes de Resende
Maria de Fátima Silva Porto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0862311012>

CAPÍTULO 3 21**A FORMAÇÃO MÉDICA E OS DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE**

Júllia Cristina Silva
Mateus Lima Resende
Maura Regina Guimarães Rabelo
Natália de Fátima Gonçalves Amâncio

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0862311013>

CAPÍTULO 430**A FORMAÇÃO MÉDICA HUMANIZADA E OS DESAFIOS NA PROMOÇÃO DE SAÚDE DA MULHER: PRÉ-NATAL E NASCIMENTO**

Samantha Stephany Silva Martins
Johnathan Camargo Borges Lima
Flávio Rocha Gil
Karine Cristine de Almeida

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0862311014>

CAPÍTULO 538**ABORDAGEM DA SEXUALIDADE DO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA**

Caroline Mundim Tana
Fernanda Sousa Simões
Kelen Cristina Estavanate de Castro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0862311015>

CAPÍTULO 646**DESAFIOS DE PROMOVER SAÚDE NA TERCEIRA IDADE**

Maryelle de Oliveira Ferreira
Sarah Maria de Carvalho Andrade
Laís Moreira Borges Araujo
Luciano Rezende dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0862311016>

CAPÍTULO 754

DESAFIOS NA FORMAÇÃO MÉDICA PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE DE POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

Anna Jhuliah Santin Franzon
Amanda Káren Alves Pereira
Adelaide Maria Ferreira Campos D'ávila
Thiago de Deus Cunha

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0862311017>

CAPÍTULO 865

DESAFIOS PARA A MANUTENÇÃO DA SAÚDE MENTAL DURANTE A FORMAÇÃO MÉDICA

Ana Carolina Castro Silva
Kalil Ribeiro Nunes
Yasmin Justine Borges
Jonatha Cajado Menezes e Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0862311018>

CAPÍTULO 972

DESAFIOS SOCIOLÓGICOS PARA A FORMAÇÃO MÉDICA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Pedro Augusto Batista Borba
Gabriel Fernandes Pellegrini Cortez
Maria de Fátima Silva Porto
Natália de Fátima Gonçalves Amâncio

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0862311019>

CAPÍTULO 10.....82

DIFICULDADE DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA

Victória Franco Silva
Ana Luiza Oliveira Caixeta
Isadora Pelet Ribeiro
Lucas Ribeiro Marques Campos de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08623110110>

CAPÍTULO 1190

DIFICULDADES ENFRENTADAS NA PROMOÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO TRANS

Juliana Alves Rodrigues
Maria Eduarda Silva Lima Verde Santos
Ana Cecília Cardoso de Sousa
Flávio Rocha Gil

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08623110111>

CAPÍTULO 12.....97**FORMAÇÃO MECANICISTA NAS ESCOLAS MÉDICAS: UM DESAFIO HISTÓRICO PARA A EFETIVAÇÃO NA PROMOÇÃO EM SAÚDE**

João Danúcio Andrade filho
 Rodrigo Henrique Nogueira Mamédio
 Maura Regina Guimarães Rabelo
 Natália de Fátima Gonçalves Amâncio

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08623110112>

CAPÍTULO 13..... 104**MÉDICO COMO PROMOTOR DE SAÚDE – DA TEORIA À PRÁTICA**

Núbia Santos Nogueira
 Samila Carla da Silva Nascimento
 Karine Siqueira Cabral Rocha
 Élcio Moreira Alves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08623110113>

CAPÍTULO 14..... 111**O USO INDISCRIMINADO DE ANTIBACTERIANOS**

Chrystian Silva Pereira
 Willian Júnio Rodrigues Mendonca
 Ana Paula Nascentes de D. F. Siqueira
 Vanessa Pereira Tolentino

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08623110114>

CAPÍTULO 15.....119**ORIENTAÇÕES DA SEXUALIDADE DO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA**

Maria Caroline Takahashi dos Santos
 Bruna Kasparly
 Francis Jardim Silveira
 Cátia Aparecida Caixeta

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08623110115>

CAPÍTULO 16..... 126**OS EMBATES ENTRE O SENSO COMUM E A PROMOÇÃO DE SAÚDE**

Rosangela Mayara Ribeiro
 Marisa Costa e Peixoto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08623110116>

CAPÍTULO 17..... 135**TABU NA SEXUALIDADE E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE**

Giovana Maria da Silva Santos

Maira Eduarda de Sousa Sgreccia Morais
Paula Marynella Alves Pereira Lima
Francis Jardim Pfeilsticker

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.08623110117>

SOBRE A PREFACIANTE.....	145
SOBRE AS ORGANIZADORAS.....	146

A FORMAÇÃO MÉDICA E OS DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE

Data de aceite: 17/11/2022

Júlia Cristina Silva

Discente do Curso de Medicina do Centro
Universitário de Patos de Minas UNIPAM,
MG-Brasil.

Mateus Lima Resende

Discente do Curso de Medicina do Centro
Universitário de Patos de Minas UNIPAM,
MG-Brasil.

Maura Regina Guimarães Rabelo

Docente do Curso de Medicina do Centro
Universitário de Patos de Minas- UNIPAM,
MG-Brasil.

Natália de Fátima Gonçalves Amâncio

Docente do Curso de Medicina do Centro
Universitário de Patos de Minas- UNIPAM,
MG-Brasil.

A promoção da saúde é um campo teórico prático-político que em sua composição com os conceitos e as posições do Movimento da Reforma Sanitária delinea-se como uma política que deve percorrer o conjunto das ações e projetos do processo saúde-doença, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da

gestão e da atenção do sistema de saúde. Neste movimento, os profissionais da saúde devem deslocar seu olhar das doenças e focá-lo nos sujeitos e em suas potências de criação da própria vida, objetivando a produção de coeficientes crescentes de autonomia durante o processo do cuidado ao bem-estar. Tornando-se uma política, portanto, comprometida com serviços e ações de saúde que coloquem os sujeitos – usuários e profissionais de saúde – como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde, entendendo que aí se produz saúde, sujeitos autônomos e mais resilientes (CAMPOS, 2004).

Na base do processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) encontram-se: o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e, conseqüentemente, a impossibilidade de o setor médico responder sozinho à transformação dos determinantes

e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população. Nesse sentido, o SUS, como política do estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde (MS, 2010).

O debate em torno das estratégias de mudança do modelo de atenção saúde no âmbito do SUS tem contemplado, em alguma medida, a preocupação com a necessária adaptação de estratégias que integrem a heterogeneidade estrutural que caracteriza a situação de saúde da população brasileira, especialmente as desigualdades sociais e epidemiológicas que se observam nas diversas regiões do país, sem nunca perder a referência, que são os princípios doutrinários do SUS de universalidade, integralidade e equidade. A análise crítica, a elaboração, e a incorporação de propostas, oriundas do movimento da Promoção da Saúde, ao processo de formulação de políticas, reorganização e de mudança no conteúdo das práticas de saúde no âmbito do SUS, traz consigo uma grande possibilidade de resgate dos ideais da Reforma Sanitária ao tempo em que aponta a possibilidade de uma atualização e renovação das suas propostas originais (TEIXEIRA, 2006).

Por conseguinte, o desafio da promoção da saúde na América Latina, principalmente no Brasil, consiste em transformar as relações excludentes, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e a equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento. Considerando que proporcionar saúde exprime, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida “vívida”, incorporando a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar, importando em valores e escolhas. Nessa perspectiva, a intervenção sanitária refere-se não apenas à dimensão objetiva dos agravos e dos fatores de risco, mas aos aspectos subjetivos, relativos, portanto, às representações sociais de saúde e doença (BUSS, 2000).

Um bom profissional da área da saúde é aquele capaz de traduzir o inaparente, o indizível em um primeiro contato com o ser doente. Ao compreender que o corpo humano não é um produto genérico isolado, pois existe em relação com outros seres em um dado contexto social, cultural e político, entendem que, para cuidar da pessoa, faz-se necessário considerar questões do vínculo saúde-doença-adoecimento-sociedade e uma formação acadêmica bem estruturada (GAMBA, 2010). Com isso, o debate sobre Promoção da Saúde (BUSS, 2000) insere-se no contexto internacional de busca de alternativas para a crise dos sistemas de serviços de saúde, cujas raízes encontram-se parcialmente estruturadas na reprodução de concepções e práticas cada vez mais insuficientes e inadequadas face das mudanças demográficas, epidemiológicas, políticas e culturais das

sociedades contemporâneas.

BASES PARA O DESENVOLVIMENTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Sigerist (1946) foi um dos primeiros autores a fazer referência ao termo promoção da saúde quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação, e afirmou que “a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso”, para o que pediu o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos (CZERESNIA; FREITAS, 2009).

A Constituição Federal Brasileira, de 1988, em seus artigos 194 e 196, ao adotar a Seguridade Social como modelo de proteção social que integra um conjunto de ações dos poderes públicos e da sociedade destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, reconhece esta integração como um desafio e legitima os esforços para se alcançar a saúde como direito universal, instituindo um novo paradigma para a sua garantia, quais sejam, a múltipla determinação dos processos de saúde e de doença e a inter-relação da política de saúde com as políticas de outras áreas sociais e com as políticas econômicas (MS, 2002).

A legislação infraconstitucional (Leis 8080/90 e 8142/90) detalhou a forma e os mecanismos para a participação da comunidade na gestão do sistema e as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde no contexto da integralidade da atenção e da gestão descentralizada das ações e serviços (MS, 2010). Na tabela 1 encontra-se uma breve (e certamente incompleta) cronologia do desenvolvimento do campo da promoção da saúde no mundo e no Brasil, conforme Buss e Ferreira (2000).

Década de 1970	Década de 1980	Década de 1990
Críticas ao modelo assistencial vigente, centrado na assistência médico-hospitalar.	Redemocratização do país e “movimento sanitário”	Lei Orgânica da Saúde (1990)
Surgimento dos primeiros projetos de atenção primária/ medicina comunitária	VIII Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação social (1985)	Organização dos Conselhos de Saúde RIO 92 e Plano Nacional de Saúde e Ambiente
Conferência Internacional sobre Atenção Primária e Declaração de Alma-Ata	VIII Conferência Nacional de Saúde e Constituição Federal (1988)	Surgimento da revista Promoção da Saúde (Ministério da Saúde) e anúncio do I Fórum Nacional sobre Promoção da Saúde (1999)

Tabela 1: Promoção da Saúde no Brasil – uma breve cronologia

Fonte: Buss; Ferreira, 2000.

Desde 2006, o Ministério da Saúde tem investido na concretização da perspectiva ampliada de saúde, que define o Sistema Único de Saúde (SUS) e está apresentada claramente na Constituição Federal de 1988. Por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e sua integração com os diversos instrumentos de gestão, a Promoção da Saúde assume essa perspectiva e constitui-se como ferramenta importante no planejamento das agendas locais. No Brasil, esse cenário vem ocorrendo em um contexto marcado pela implementação das propostas oriundas do movimento da Reforma Sanitária, especialmente o processo de construção do SUS, pontuado, nas distintas conjunturas que se configuraram nos últimos 15 anos, pela formulação de políticas, programas e projetos de reforma na organização e gestão das áreas e serviços de saúde, em vários níveis de governo (MS, 2010).

A Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde afirmam que os três níveis de gestão do SUS têm quatro atribuições centrais: identificar fatores condicionantes e determinantes da saúde, formular política de saúde para garantir redução do adoecer, universalidade de acesso e integralidade no cuidado à saúde.

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso País – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde. Entende-se que a promoção da saúde se apresenta como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar com as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não-governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida (CASTRO, 2010).

Vê-se, portanto, que a promoção da saúde se realiza na articulação sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem. A publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde ratifica o compromisso da atual gestão do Ministério da Saúde na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde (MS, 2010).

AS MUDANÇAS NA FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

Outro notável desafio perante a promoção de saúde envolve a padronização do ensino médico. Ainda que as contribuições para a construção desta ciência tenham sido datadas a milênios, os esforços para estabelecer parâmetros e diretrizes sobre sua disciplina só veriam grandes ímpetus frente à luz do último do século. Talvez aquele que seria o principal esforço em prol desta causa, o “Relatório Flexner”, publicado em 1910 sob o estudo *Medical Education in the United States and Canada - A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* viria a determinar uma base reformista fortemente estruturada na padronização do estudo, na fundamentação científica, bem como na separação entre o ciclo básico e o profissional (PAGLIOSA, 2008).

Como fruto da modernização do ensino prevista pela Reforma Universitária de 1968, as escolas médicas brasileiras aderiram ao modelo flexneriano. Fundamentalmente, a nova formação fomentava a fragmentação dos conhecimentos a serem estudados, corroborando em maiores índices de especialização. Além disso, sua abordagem definia o processo saúde-doença como a síntese de fatores puramente biológicos, sendo ignorados os aspectos políticos e sociais (NOGUEIRA, 2009). Tais características seriam determinantes para a coalizão dos diversos fatores envolvidos no estabelecimento do modelo de atenção biomédico.

O problema central do modelo biomédico não reside em uma espécie de maldade intrínseca que o caracterizaria, mas no fato de que ele é demasiado restrito no seu poder explicativo, o que implica em óbices importantes para a prática de médicos e pacientes. (BARROS, 2002)

Eram observadas, em âmbito nacional e internacional, reivindicações e movimentos sociais contrapostos a tal modelo de saúde (ROMANO, 2005). No Brasil, o Movimento Sanitário da década de 70 demandava, além da integração da saúde pública com a assistência médica, maior resolutividade desses serviços. A materialização desse esforço contestatório se deu na forma da Associação Brasileira de Educação Médica, que visa, primordialmente, a formação de médicos mais generalistas e sua aproximação ao meio social que os cerca. Sua base ideológica exprime reflexos de diversas pautas em discussão a nível mundial.

A Declaração de Alma-Ata, redigida em 1978 durante a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, estabeleceu a saúde como um direito fundamental e inalienável de todos os seres humanos. Posteriormente, em 1986, a Carta de Ottawa expandiu o conceito de saúde para além da ausência de um estado patológico, conforme proposto pelo modelo biomédico, ao englobar novos aspectos associados à qualidade de vida (MACHADO, 2018).

Conforme a consolidação formal destes valores sob a Constituição de 1988 e a posterior implementação do Programa de Saúde da Família em 1994, a estrutura curricular do curso de Medicina seria novamente reformulada, visando equiparar as competências do profissional médico formado com as necessidades sociais daquele contexto. Sob a forma das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), o novo perfil acadêmico do profissional de saúde estaria fortemente embasado na integração prática-teórica dos conhecimentos, por meio de uma abordagem capaz de fomentar a participação ativa do aluno em tais processos, consoante ao Artigo 12 da Resolução N°4 das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina:

[A estrutura do Curso de Graduação em Medicina] deve propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato. (CNE/CES, 4/2001)

A reestruturação curricular dos profissionais de saúde envolveria, portanto, mudanças sobre o próprio sistema de ensino. A implementação de metodologias ativas de aprendizado, caracterizadas pela resolução de problemas por meio da articulação entre os campos profissional e acadêmico, bem como o desenvolvimento de conhecimentos transversais por meio da atuação em equipes, determinariam uma forte alternativa em prol da desconstrução do paradigma acadêmico tradicional, pautado na inflexibilidade das interações entre mestre e aluno.

A metodologia ativa mais amplamente utilizada em cursos de Medicina, a Aprendizagem Baseada em Problemas ou PBL (*Problem Based Learning*) tem suas origens datadas do final da década de 1960. Na Escola de Medicina de McMaster, no Canadá, decorrente de um anseio comum a diversos médicos e do esforço comandado por John Evans, materializou-se a iniciativa de transformar a forma como os desafios clínicos seriam integrados ao processo de construção do conhecimento, estimulando o raciocínio crítico e a formulação de hipóteses pelo aluno. Inicialmente, tal metodologia estava centrada em 3 processos contínuos e quase simultâneos, aplicados em pequenos grupos de alunos (grupo tutorial) direcionados por um orientador:

- 1) O contato com novas informações, sendo estas confirmadas ou contestadas conforme o conhecimento prévio do aluno;
- 2) A transformação dos conhecimentos prévios diante de novas informações;
- 3) Avaliação das proposições elaboradas.

Torna-se essencial a ideia de que todos os estágios para a consolidação da

aprendizagem envolveriam a competência do orientador que seria responsável pela manutenção do foco e interesse dos alunos em busca das informações em um tempo dedicado ao estudo autodirigido (BOROCHOVICIUS, 2014).

Na década de 1970, o PBL seria introduzido na Universidade de Maastricht, na Holanda. Apesar de fundamentar-se sob os mesmos princípios ideológicos, a implementação do PBL nesta universidade envolveu diversos processos de adequação, tanto quanto à grade curricular, disposta em diferentes módulos temáticos, como a uma base estudantil diferente (SERVANT-MIKLOS, 2019). A nova dinâmica tutorial envolveria 7 passos para a consolidação do aprendizado:

1. Esclarecimento de termos desconhecidos por meio de conhecimentos prévios ou do uso de dicionário;
2. Identificação do problema-chave;
3. Discussão do problema viabilizada pelos conhecimentos prévios;
4. Enumeração de hipóteses, síntese da discussão;
5. Formulação de objetivos de aprendizagem;
6. Estudo individual;
7. Avaliação e consolidação dos conhecimentos abordados.

Além disso, a efetividade da metodologia seria analisada desde o princípio através de estudos e avaliações educacionais, contribuindo com a efetividade do aprendizado, bem como para a consolidação das bases da internacionalização do PBL (SERVANT-MIKLOS, 2019).

No Brasil, o PBL seria implementado inicialmente em 1993 na Escola de Saúde Pública do Ceará, na Faculdade de Medicina de Marília em 1997 e no Curso de Ciências Médicas da Universidade de Londrina em 1998 (BOROCHOVICIUS, 2014). Em luz das duas últimas décadas, a formação médica sofreu diversas transformações no Brasil, ora em função das competências exigidas desse profissional pela sociedade, ora pela efetividade dos processos de aprendizado. A implementação de metodologias capazes de despertar o raciocínio crítico e autônomo do aluno, além fortalecer a formação ética e humanística, solidifica a base para tais mudanças.

CONCLUSÃO

Conforme o Ministério da Saúde (2010), a política de saúde implementada no Brasil, a partir das reivindicações sociais concomitantes ao processo de redemocratização e formalizada através Constituição de 1988, tem em sua estrutura elementos para o

desenvolvimento de ações e estratégias de promoção da saúde. Nessa perspectiva, constata-se que os princípios de universalidade, integralidade e equidade, bem como as diretrizes que qualificam o Sistema Único de Saúde, desempenham um papel catalisador para o desenvolvimento dessa estratégia no território nacional. Contudo, a promoção da saúde propõe o desafio de reorientar os serviços públicos e construir sua complexidade e singularidade social, de modo a superar práticas insuficientes oriundas de um processo de transformações epidemiológicas e demográficas.

Afirma-se, portanto, que a saúde pública engloba um mecanismo dinâmico de reconhecimento, estudo e adaptação conforme as necessidades da população dependente de tais serviços. Também é possível associar grande papel dos estudos e diretrizes cientificamente relevantes e consolidadas em âmbito internacional no direcionamento das políticas nacionais em saúde. Como síntese vital desses fatores, desenvolve-se uma abordagem simultaneamente dotada de especificidade e resolutividade, em que o profissional de saúde se torna um agente social em prol do paciente.

Nesse sentido, a formação de médicos comprometidos com o meio comunitário no qual estão inseridos demonstra-se como um importante instrumento em prol de maior amplitude das políticas públicas em saúde. Além disso, a consolidação de uma grade curricular fluida, embasada no discente como produtor dos conhecimentos, possibilita a ampliação do leque de habilidades desenvolvidas por este.

REFERÊNCIAS

BARROS, José Augusto C.. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 67-84, jul. 2002.

BOROCHOVICIUS, Eli; TORTELLA, Jussara Cristina Barboza. Aprendizagem Baseada em Problemas: um método de ensino-aprendizagem e suas práticas educativas. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, [S.L.], v. 22, n. 83, p. 263-294, jun. 2014.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):163-177, 2000.

BUSS, P.M.; Ferreira, J.R.F. Local integrated and sustainable development as a strategy for "radical health promotion" in Brazil. **Promotion & Education**, 7(4): 25-28, 2000.

CAMPOS, G. W. et al. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3):745-749, 2004.

CASTRO, A.M. Extensão para gestores do SUS em Promoção da Saúde. **Ministério da Saúde**. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 4, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. [S. l.], 2001.

CZERESNIA, D.; Freitas, C.M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências [online] 2nd rev. and enl Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2009.

GAMBA, M.A. et al. **Processo Saúde-Doença**. Mimeografado, 2010.

MACHADO, Clarisse Daminelli Borges; WUO, Andrea; HEINZLE, Marcia. Educação Médica no Brasil: uma análise histórica sobre a formação acadêmica e pedagógica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 42, n. 4, p. 66-73, dez. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2002.

MINISTÉRIOS DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / **Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

NOGUEIRA, Maria Inês. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 33, n. 2, p. 262-270, jun. 2009.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; ROS, Marco Aurélio da. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [S.L.], v. 32, n. 4, p. 492-499, dez. 2008.

ROMANO, Valéria Ferreira. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 3, n. 1, p. 244-246, mar. 2005.

SERVANT-MIKLOS, Virginie F.C.. A Revolution in its Own Right: how maastricht university reinvented problem-based learning. **Health Professions Education**, [S.L.], v. 5, n. 4, p. 283-293, dez. 2019. Elsevier BV.

TEIXEIRA, C.F. et al. Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. 237 p. **Sala de aula series**, nº3. ISBN 85-232-0400-8.

A FORMAÇÃO MÉDICA HUMANIZADA E OS DESAFIOS NA PROMOÇÃO DE SAÚDE DA MULHER: PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

Data de aceite: 17/11/2022

Samantha Stephany Silva Martins

Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM, MG-Brasil.

Johnathan Camargo Borges Lima

Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM, MG-Brasil.

Flávio Rocha Gil

Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

Karine Cristine de Almeida

Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas- UNIPAM, MG-Brasil.

No decorrer dos anos ocorreu um grande avanço médico e hospitalar, mas o amparo ao acesso das gestantes à uma saúde de qualidade continua sendo um tema importante, tendo em vista a necessidade de ampliar os esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal registradas

no país. O Ministério da Saúde considera que o direito à um atendimento digno e humanizado da mulher deve ser assegurado, por isso instituiu em 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento tencionando uma maior cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal (FERNANDES; SANTOS; ARAUJO, 2016).

Apesar da importância que o cuidado humanizado no pré-natal acarreta para um nascimento saudável, as manifestações governamentais para uma maior qualidade assistencial, na prática, não têm obtido resultados efetivos. Isso se deve ao fato de que, apesar dos debates envolvendo a violência obstétrica terem alcançado grande destaque social, reconhecendo a autonomia da mulher e a resistência à violência, as outras etapas anteriores ao parto não alcançaram a mesma ênfase, mesmo sendo o ponto de partida para um nascimento sadio, humanizado e sem complicações

(ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (2002), a humanização engloba, principalmente, dois tópicos essenciais: (1) o exercício de uma postura ética e humanizada pelos profissionais, tendo em vista que é dever das unidades de saúde o acolhimento e a sustentação do vínculo com a mulher, seus familiares e o recém-nascido, e (2) a adoção de medidas durante o acompanhamento do pré-natal, do parto e do pós-parto que sejam benéficas para a paciente e o recém-nascido, resguardando-os de procedimentos desnecessários que possam desencadear riscos à saúde de ambos.

Assim, visto que a formação médica evolui diariamente em busca de um melhor atendimento à saúde das pessoas, é indispensável uma conduta clínica focada na humanização nas diversas etapas dos acompanhamentos pré-natal e pós-natal. Com isso, cabe ao profissional executar uma educação continuada em saúde abordando aspectos relacionados ao pré-natal adequado, a influência dos hábitos de vida na gestação, a paternidade ativa e a redução do medo do parto. Além disso, a promoção de saúde deve incluir o parto humanizado relacionando-o com o “golden hour”, o aleitamento materno e o contato pele a pele entre o binômio mãe e bebê.

1 | PRÉ NATAL HUMANIZADO

A adoção de um cuidado médico humanizado durante o processo de pré-natal e nascimento, visando garantir o exercício da cidadania feminina sempre foi um grande desafio, pois a maternidade era enxergada de maneira opressora, ainda que fosse uma escolha consciente da mulher. Entretanto, a luta feminina na busca pela autonomia, equidade na atenção à saúde da mulher conquistou grande visibilidade e mobilização, conferindo uma maior humanização no parto, não sendo observada a mesma preocupação em relação as outras etapas do nascimento, como o pré-natal (período de pré-concepção até o de pós-parto) (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

No entanto, a humanização durante o pré-natal é o primeiro passo para um nascimento saudável, visto sua importância para a diminuição da morbimortalidade materno-fetal, das complicações no parto e para a experimentação de todo o processo da maternidade de forma segura tanto para a mãe quanto para o futuro bebê. Mas, ainda existem barreiras na efetivação desse cuidado, sendo umas delas a falta de aproximação da equipe multidisciplinar com a mulher, gerando consultas pré-natais rápidas, técnicas, sem um plano de ação conjunto e partilha de conhecimento e experiências, além da ênfase dada somente em protocolos pré-estabelecidos como aferições e medidas (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Sendo assim, a definição de “humanização” ainda é um conceito complexo que

gera diferentes interpretações, sendo elas a qualidade da assistência; democratização das relações de poder; “desmedicalização” da atenção; valorização dos profissionais; resistência à violência e às intervenções ou reconhecimento dos direitos e do protagonismo do ser humano (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010). Então quando falamos de nascimento humanizado a maioria das pessoas associam erroneamente com parto normal, mas a humanização não tem vínculo somente com a via que o bebê virá ao mundo, e sim com o respeito tido com a fisiologia da mãe e do neonato, assim como com a assistência que a mulher recebe desde o acompanhamento da sua gestação, do seu parto e do pós-parto. Existem partos normais nada humanizados e cesáreas humanizadas, tudo depende de como cada procedimento foi conduzido e sempre com foco no respeito às vontades e limitações de cada gestante, além de respeitar qual a melhor posição para o parto com base na posição que a grávida se sente mais confortável, diminuir a luz do ambiente no momento do nascimento, promover o contato pele a pele e a amamentação logo após o parto e respeitar o desejo que a grávida tem de quem deve acompanhá-la nesse momento.

Toques vaginais desnecessários, uso de medicamentos para acelerar o trabalho de parto e a episiotomia são exemplos de como o parto normal pode não ser humanizado quando esses procedimentos não são explicados e autorizados pela gestante, visto que a responsabilidade e decisões devem ser compartilhadas. Assim, o caminho para enfrentar os desafios na promoção de saúde da mulher de maneira humanizada é por meio do conhecimento, sendo papel do médico que acompanha a paciente orientá-la da melhor forma, tirando sempre todas as suas dúvidas, explicando cada processo, e concedendo a ela as rédeas para que conduza esse momento tão especial para sua vida, pois com conhecimento, a mulher pode ter acesso ao nascimento humanizado como sempre sonhou. Por isso, o Ministério da Saúde elaborou a Política de Humanização ao Pré-natal e Nascimento (PHPN) em busca da garantia dos direitos da mulher durante o processo de maternidade, descentralizando a figura profissional médica para que a gestante seja a protagonista antes, durante e após o parto (FERNANDES; SANTOS; ARAUJO, 2016).

2 | INFLUÊNCIA DOS HÁBITOS DE VIDA E DA PATERNIDADE ATIVA NA GESTAÇÃO

Durante a gravidez a mulher passa por diversas modificações físicas, hormonais, fisiológicas, psicológicas e sexuais. A assistência médica humanizada deve adotar uma abordagem ampla durante o pré-natal, assim, a ausência de auxílio envolvendo questões relativas às práticas sexuais, pode despertar insegurança e receio nas gestantes e em seu(a) companheiro(a), por medo do aborto ou de prejudicar o bebê, devendo portanto, serem orientados de que o sexo não é perigoso, desde que a gravidez esteja evoluindo

normalmente e não haja nenhuma contraindicação. Então, o profissional de saúde deve dar destaque a esse tema, visando esclarecer dúvidas, diminuir as inseguranças, aconselhar sobre as posições sexuais mais confortáveis em cada período gestacional e interromper a propagação de mitos, corroborando para um maior desejo sexual na gestante ao desapegar-se do sentimento de medo (FERNÁNDEZ-SOLA et al., 2018).

Os hábitos alimentares de cada indivíduo, por sua vez, são influenciados por práticas, comportamentos, tabus, crenças, de modo a relacionar com aspectos culturais, socioeconômicos, antropológicos e psicológicos. Desse modo, em gestantes, as alterações normais dessa fase podem refletir nas escolhas alimentares e, além disso, há a influência de crenças, familiares, biomédicos ou outros fatores que poderão alterar os hábitos alimentares. Com isso, as gestantes devem se basear nas recomendações dos guias alimentares, com ingestão de alimentos variados, a fim de garantir o bem-estar e alcançar as necessidades energéticas e nutricionais. Portanto, cabe à assistência ao pré-natal, a orientação acerca dos alimentos adequados, como legumes, saladas, frutas, cereais, peixe e carne não processada que reduzem a predisposição à alto nível de ansiedade, enquanto que alimentos inadequados, como bebidas açucaradas, carne processada e lanches ricos em sódio, predisõem à pré-eclâmpsia (GOMES *et al.*, 2019).

Segundo o Ministério da Saúde (2002), o acompanhamento pré-natal é definido como um momento indispensável para o estreitamento do vínculo entre a equipe de saúde e a gestante, tendo em vista seu poder de rastreio do uso de álcool e outras drogas durante a gravidez. O envolvimento com drogas é um fator que vulnerabiliza a experiência da maternidade, mas esse estado não é permanente, podendo ser minimizado ou revertido. Sendo assim, em casos de identificação de dependência, a atuação dos profissionais de saúde que prestam assistência pré-natal deve ser pautada na redução de danos, minimizando problemas de saúde, físicos, mentais e sociais relacionados ao uso de drogas. Uma das formas de favorecer a cessação ou diminuição desse consumo é orientá-la sobre os malefícios que esse uso pode ocasionar, além de empoderar a gestante, para que ela se veja como alguém essencial no desfecho saudável da gestação (MARANGONI *et al.*, 2022).

Outro fator que merece atenção pela parte médica é a inclusão paterna durante o acompanhamento do pré-natal. Historicamente, o papel dos homens na criação dos filhos era considerado um ato secundário ou, até mesmo, desnecessário, mas com o decorrer do tempo a paternidade tem sido vista de maneira mais afetiva, com maior participação durante a gravidez, no nascimento, no cuidado e na educação dos filhos. Apesar desse amadurecimento no conhecimento, alguns profissionais da saúde exercem um acompanhamento pré-natal voltado somente para a mulher, deixando o companheiro esquecido, o que corrobora para a interrupção na construção da identidade paterna. Essa

inclusão dos pais no processo funciona como uma intervenção precoce para a família pois amplia o apoio recebido pela gestante e pelo bebê, aumenta a participação do pai nos cuidados infantis no pós-parto, intensifica a presença paterna na educação dos filhos e melhora o bem-estar social da família, culminando na redução dos custos financeiros para os serviços de saúde a longo prazo (SILVA; PINTO; MARTINS, 2021).

3 | MEDO DO PARTO

As fases de gestação, parto e puerpério são períodos únicos na vida de uma mulher, sendo constantemente marcadas por muitas dúvidas e expectativas. Apesar de o parto ser um processo natural do corpo humano, ainda há muitas mulheres que associam esse momento à dor, sofrimento e vários medos. Desse modo, o medo do parto é frequente nas gestantes, principalmente no último trimestre, nas quais estão sujeitas a um temor debilitante, que interfere nas atividades domésticas, ocupacionais e sociais, com a possibilidade de agravamento para uma tocofobia (FERREIRA DE MELLO *et al.*, 2021).

As causas do medo do parto se devem a diversos fatores, tanto culturais quanto uma assistência inadequada dos profissionais da saúde e até mesmo o medo da dor do parto. Tais fatores são agravados pela mídia, internet e outros meios de comunicação, nos quais veiculam uma idealização dos meios de parir. Desse modo, há a disseminação da visão de que o nascimento via operação cesariana é perfeita, sem riscos, passando uma imagem de uma mãe sorridente com seu filho (TRAVANCAS; VARGENS, 2020).

Dentre as causas, o medo da dor é a mais frequente, gerando ansiedade, insegurança e incertezas sobre o parto, pelo receio de complicações, uso de procedimentos invasivos ou uso do fórceps, o que causa uma maior escolha pela operação cesárea de forma eletiva e sem indicação médica (FERREIRA DE MELLO *et al.*, 2021; TRAVANCAS; VARGENS, 2020). Além disso, a cultura está baseada na tecnocracia e na medicalização, tendo o médico como o responsável pelo nascimento, o que gerou uma perda na autonomia da mulher sobre seu corpo, se sentindo sem confiança ou incapaz de conceber seu filho (TRAVANCAS; VARGENS, 2020). Outro fator agravante para o medo do parto está no aparecimento da doença COVID-19, na qual surgiu em 31 de dezembro de 2019, e levou à proibição ou controle da presença de acompanhantes, visitantes, doulas e também ao maior uso de intervenções e critérios para o contato pele a pele e para a amamentação durante a pandemia (SOUTO; ALBUQUERQUE; PRATA, 2020).

Portanto, é essencial o uso da prática humanizada na formação médica, visando um melhor acompanhamento pré-natal, perinatal e pós-natal e contribuindo para a redução do medo do parto. Dessa forma, o profissional da saúde pode utilizar de seu papel de educador e promotor da saúde com palestras de orientação educacional sobre o parto,

preparando psicologicamente e fornecendo apoio com uma escuta ativa às demandas da gestante (TRAVANCAS; VARGENS, 2020). Além disso, como forma de minimizar a dor e ajudar no parto, mulheres relataram em uma pesquisa realizada por Paul (2017) que o uso de técnicas de locomoção, banho de aspersão, meditação, apoio do acompanhante e massagem contribuíram na diminuição do medo, ansiedade e aumentaram a satisfação com o parto (TRAVANCAS; VARGENS, 2020). Com isso, há uma melhor consolidação dos preceitos de uma formação médica mais humanizada, com garantia de benefícios para a gestante.

4 | PARTO HUMANIZADO: ALEITAMENTO MATERNO, CONTATO PELE A PELE E GOLDEN HOUR

Um dos desafios na promoção de saúde da mulher é a falta de incentivo médico para que ocorra o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido, o que impede a obtenção de inúmeros benefícios, pois ao realizar a sucção da mama o recém-nascido estimula a produção de ocitocina pelo hipotálamo. A ocitocina é um hormônio que promove a contração uterina, diminuindo a perda de sangue pela mãe após o parto e, assim, acaba reduzindo os riscos de desenvolvimento de hemorragia, anemia e outras complicações. A ocitocina também atua acelerando a dequitação placentária e ajudando na liberação do leite materno (RAMIRO *et al.*, 2021). A amamentação, por sua vez, foi vista pelas puérperas como um ato essencial para a saúde da criança, que proporciona o estreitamento do vínculo afetivo, transparece amor e felicidade. Porém, as nutrizes excluíram os benefícios que esta prática proporciona para a sua própria saúde (PEREIRA *et al.*, 2017), apesar do aleitamento ser benéfico tanto para a criança, quanto para a mãe, pois quanto maior o tempo de amamentação, menor será a incidência de Diabetes Mellitus tipo I e II, câncer de mama, câncer de ovário (devido à supressão da ovulação), câncer de endométrio, osteoporose, doenças cardíacas, artrite reumatoide e depressão pós-parto (SILVA *et al.*, 2020; the United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEFMOTA, 2017).

O ato de amamentar na primeira hora de vida do bebê estimula o contato pele a pele, o vínculo mãe-bebê, o processo de transferência de calor da mãe para o neonato, ativação da percepção do recém-nascido de que ele não está sozinho, ocorrência da transmissão de anticorpos que irá servir como uma imunidade inicial para o bebê. Entretanto, alguns fatores interferem na concretização da *golden hour*, ou hora dourada (humanização da primeira hora de vida do bebê), como o acompanhamento inadequado do pré-natal, o número de profissionais insuficientes, além da falta de qualificação da equipe multidisciplinar e a desinformação da gestante sobre os seus direitos (RAMIRO *et al.*, 2021).

REFERÊNCIAS

- FERNANDES, Heliane; SANTOS, Lourenço; ARAUJO, Marlei Monteiro. POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO AO PRÉ-NATAL E PARTO: UMA REVISÃO DE LITERATURA HUMANIZATION THE POLICIES PRENATAL AND CHILDBIRTH: A LITERATURE REVIEW. **Artigo Revista Científica FacMais**, [S. l.], 2016.
- FERNÁNDEZ-SOLA, Cayetano; HUANCARA-KANA, Denise; GRANERO-MOLINA, José; CARMONA-SAMPER, Esther; DEL MAR LÓPEZ-RODRÍGUEZ, María; MANUEL HERNÁNDEZ-PADILLA, José. Sexualidade durante todas as fases da gravidez: experiências de gestantes Sexuality throughout all the stages of pregnancy: Experiences of expectant mothers Sexualidad durante todas las fases del embarazo: experiencia de gestantes Autor correspondente Art. **Acta Paul Enferm**, [S. l.], v. 31, n. 3, p. 305–317, 2018. DOI: 10.1590/1982.
- FERREIRA DE MELLO, Rafaela Saragiotto; FLORIANO DE TOLEDO, Sérgio; MENDES, Anderson Benegas; MELARATO, Carolina Ribeiro; FERREIRA DE MELLO, Danilo Saragiotto. Medo do parto em gestantes Fear of childbirth among pregnant women. In: **Femina**. [s.l.: s.n.]. v. 49p. 121–128. Disponível em: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/gxs8n>. Acesso em: 4 jun. 2022.
- GOMES, Caroline de Barros; VASCONCELOS, Leticia Garcia; CINTRA, Renata Maria Galvão de Campos; DIAS, Luiza Cristina Godim Domingues; CARVALHAES, Maria Antonieta de Barros Leite. Hábitos alimentares das gestantes brasileiras: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 24, n. 6, p. 2293–2306, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018246.14702017. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0002-9576-4251>. Acesso em: 8 jun. 2022.
- MARANGONI, Sônia Regina; GAVIOLI, Aroldo; DIAS, Lashayane Eohanne; HADDAD, Maria do Carmo Fernandes Lourenço; ASSIS, Fátima Büchele; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix De. VULNERABILIDADE DE GESTANTES USUÁRIAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S. l.], v. 31, 2022. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2021-0266PT.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 69–71, 2002. DOI: 10.1590/s1519-38292002000100011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292002000100011&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 7 abr. 2022.
- MOTA, Helena Cristina Marques. **A importância da amamentação e o que pode ainda ser feito para a promover The importance of breastfeeding and what can still be done to promote it**. 2017. [S. l.], 2017.
- PEREIRA, Rayra; SANTOS, Burity; TEIXEIRA ARAÚJO, Rosália; TEIXEIRA, Marizete Argolo; RIBEIRO, Vivian Mara; LOPES, Alana Silva; ARAUJO, Vanessa Matos. Importância do colostro para a saúde do recém-nascido: percepção das puérperas. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S. l.], v. 11, n. 9, p. 3516–3522, 2017. DOI: 10.5205/1981-8963-V11I9A234481P3516-3522-2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234481>.
- RAMIRO, Nathalia Cristina Machado Prado; PEREIRA, Mariana de Souza; DE SOUZA, Rafaela Silva; CHAPARIN, Bianca Regina de Michelli; NAVARRO, Bruna Vitória Aguiar; AVER, Luciane Andrea. Os benefícios do aleitamento materno na primeira hora de vida. **Global Clinical Research Journal**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. e7--e7, 2021. DOI: 10.5935/2763-8847.20210007. Disponível em: <https://globalclinicalresearchj.com/index.php/globclinres/article/view/14>.

SILVA, Catarina; PINTO, Cândida; MARTINS, Cristina. Transition to fatherhood in the prenatal period: a qualitative study. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 465–474, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021262.41072020.

SILVA, Denysario Itamyra Soares; BARBOSA, Agla de Lourdes de Oliveira; SANTANA, Alicia Lins; SANTOS, Rebeca Viviane Cordeiro Dos; SOUZA, Vitoria Clara Gomes Brito De; FARIAS, João Victor Cordeiro; FARIAS, Isabela Cristina Cordeiro. A importância do aleitamento materno na imunidade do recém-nascido. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 7, p. e664974629, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i7.4629.

SOUTO, Sandra Patrícia Arantes Do; ALBUQUERQUE, Rosemeire Sartori De; PRATA, Ana Paula. O medo do parto em tempo de pandemia do novo coronavírus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 73, p. e20200551, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2020-0551. Disponível em: <http://www.scielo.br/rj/reben/a/n335kgkbtL7mhFQfnfYHy9K/?lang=pt>. Acesso em: 4 jun. 2022.

TRAVANCAS, Luciana Jares; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. Fatores geradores do medo do parto: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 10, p. e96–e96, 2020. DOI: 10.5902/2179769241385. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/41385/html>. Acesso em: 4 jun. 2022.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências Humane prenatal care: beyond convergences and divergences. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 359–367, 2010.

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 @atenaeditora

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



A FORMAÇÃO MÉDICA E OS DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE

🌐 www.atenaeditora.com.br
✉ contato@atenaeditora.com.br
📷 @atenaeditora
📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



A FORMAÇÃO MÉDICA E OS DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE