

Ana Maria Aguiar Frias
Maria da Luz Ferreira Barros
(Orgs.)

LITERACIA EM SAÚDE

PARA UMA GRAVIDEZ SAUDÁVEL

PROMOÇÃO DA SAÚDE NO PERÍODO PRÉ-NATAL



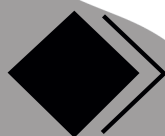
Ana Maria Aguiar Frias
Maria da Luz Ferreira Barros
(Orgs.)

LITERACIA EM SAÚDE

PARA UMA GRAVIDEZ SAUDÁVEL

PROMOÇÃO DA SAÚDE NO PERÍODO PRÉ-NATAL

1ª EDIÇÃO



editora
científica digital

2022 - GUARUJÁ - SP





EDITORA CIENTÍFICA DIGITAL LTDA
Guarujá - São Paulo - Brasil
www.editoracientifica.org - contato@editoracientifica.org

Diagramação e arte	2022 by Editora Científica Digital
Equipe editorial	Copyright© 2022 Editora Científica Digital
Imagens da capa	Copyright do Texto © 2022 Autores e Autoras
Adobe Stock - licensed by Editora Científica Digital - 2022	Copyright da Edição © 2022 Editora Científica Digital
Revisão	Acesso Livre - Open Access
Autores e Autoras	

Parecer e revisão por pares

Os textos que compõem esta obra foram submetidos para avaliação do Conselho Editorial da Editora Científica Digital, bem como revisados por pares, sendo indicados para a publicação.

O conteúdo dos capítulos e seus dados e sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores e autoras.

É permitido o download e compartilhamento desta obra desde que pela origem da publicação e no formato Acesso Livre (Open Access), com os créditos atribuídos aos autores e autoras, mas sem a possibilidade de alteração de nenhuma forma, catalogação em plataformas de acesso restrito e utilização para fins comerciais.



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial-Sem Derivações 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

L776

Literacia em saúde para uma gravidez saudável: promoção da saúde no período pré-natal / Ana Maria Aguiar Frias (Organizadora), Maria da Luz Ferreira Barros (Organizadora). – Guarujá-SP: Científica Digital, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5360-204-5

DOI 10.37885/978-65-5360-204-5

1. Gravidez - Cuidados. 2. Enfermagem. I. Frias, Ana Maria Aguiar (Organizadora). II. Barros, Maria da Luz Ferreira (Organizadora). III. Título.

CDD 618.24

Índice para catálogo sistemático: I. Gravidez - Cuidados

Elaborado por Janaina Ramos – CRB-8/9166

E-BOOK

ACESSO LIVRE ON LINE - IMPRESSÃO PROIBIDA

2022

Direção Editorial

Reinaldo Cardoso

João Batista Quintela

Assistentes Editoriais

Erick Braga Freire

Bianca Moreira

Sandra Cardoso

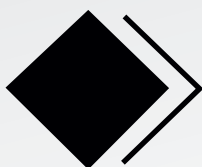
Bibliotecários

Maurício Amormino Júnior - CRB-6/2422

Janaina Ramos - CRB-8/9166

Jurídico

Dr. Alandelon Cardoso Lima - OAB/SP-307852



editora

científica digital

CONSELHO EDITORIAL

Mestres, Mestras, Doutores e Doutoradas

Prof. Dr. Carlos Alberto Martins Cordeiro
Universidade Federal do Pará

Prof. Dr. Rogério de Melo Grillo
Universidade Estadual de Campinas

Prof^a. Ma. Eloisa Rosotti Navarro
Universidade Federal de São Carlos

Prof. Dr. Ernane Rosa Martins
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás

Prof. Dr. Rossano Sartori Dal Molin
FSG Centro Universitário

Prof. Dr. Carlos Alexandre Oelke
Universidade Federal do Pampa

Prof. Esp. Domingos Bombo Damião
Universidade Agostinho Neto - Angola

Prof. Me. Reinaldo Eduardo da Silva Sales
Instituto Federal do Pará

Prof^a. Ma. Auristela Correa Castro
Universidade Federal do Pará

Prof^a. Dra. Dalizia Amaral Cruz
Universidade Federal do Pará

Prof^a. Ma. Susana Jorge Ferreira
Universidade de Evora, Portugal

Prof. Dr. Fabricio Gomes Gonçalves
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Me. Erival Gonçalves Prata
Universidade Federal do Pará

Prof. Me. Gevair Campos
Faculdade CNEC Unai

Prof. Me. Flávio Aparecido De Almeida
Faculdade Unida de Vitória

Prof. Me. Mauro Vinicius Dutra Girão
Centro Universitário Inta

Prof. Esp. Clóvis Luciano Giacomet
Universidade Federal do Amapá

Prof^a. Dra. Giovanna Faria de Moraes
Universidade Federal de Uberlândia

Prof. Dr. André Cutrim Carvalho
Universidade Federal do Pará

Prof. Esp. Dennis Soares Leite
Universidade de São Paulo

Prof^a. Dra. Silvani Verruck
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Me. Osvaldo Contador Junior
Faculdade de Tecnologia de Jahu

Prof^a. Dra. Claudia Maria Rinhel-Silva
Universidade Paulista

Prof^a. Dra. Silvana Lima Vieira
Universidade do Estado da Bahia

Prof^a. Dra. Cristina Berger Fadel
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof^a. Ma. Graciete Barros Silva
Universidade Estadual de Roraima

Prof. Dr. Carlos Roberto de Lima
Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Wesley Viana Evangelista
Universidade do Estado de Mato Grosso

Prof. Dr. Cristiano Marins
Universidade Federal Fluminense

Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

Prof. Dr. Daniel Luciano Gevehr
Faculdades Integradas de Taquara

Prof. Me. Silvio Almeida Junior
Universidade de Franca

Prof^a. Ma. Juliana Campos Pinheiro
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Raimundo Nonato Ferreira Do Nascimento
Universidade Federal do Piauí

Prof. Dr. Antônio Marcos Mota Miranda
Instituto Evandro Chagas

Prof^a. Dra. Maria Cristina Zago
Centro Universitário UNIFAAT

Prof^a. Dra. Samylla Maira Costa Siqueira
Universidade Federal da Bahia

Prof^a. Ma. Gloria Maria de Franca
Centro Universitário CESMAC

Prof^a. Dra. Carla da Silva Sousa
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano

Prof. Me. Denny Ramon de Melo Fernandes Almeida
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Me. Mário Celso Neves De Andrade
Universidade de São Paulo

Prof. Me. Juliano Pizzano Ayoub
Universidade Estadual do Centro-Oeste

Prof. Dr. Ricardo Pereira Sepini
Universidade Federal de São João Del-Rei

Prof^a. Dra. Maria do Carmo de Sousa
Universidade Federal de São Carlos

Prof. Me. Flávio Campos de Moraes
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Me. Jonatas Brito de Alencar Neto
Universidade Federal do Ceará

Prof. Me. Reginaldo da Silva Sales
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Prof. Me. Moisés de Souza Mendonça
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Prof. Me. Patrício Francisco da Silva
Universidade de Taubaté

Prof^a. Esp. Bianca Anacleto Araújo de Sousa
Universidade Federal Rural de Pernambuco

Prof. Dr. Pedro Afonso Cortez
Universidade Metodista de São Paulo

Prof^a. Ma. Bianca Cerqueira Martins
Universidade Federal do Acre

Prof. Dr. Vitor Afonso Hoeflich
Universidade Federal do Paraná

Prof. Dr. Francisco de Sousa Lima
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano

Prof^a. Dra. Sayonara Cotrim Sabioni
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano

Prof^a. Dra. Thais Ranielle Souza de Oliveira
Centro Universitário Euroamericano

Prof^a. Dra. Rosemary Laís Galati
Universidade Federal de Mato Grosso

Prof^a. Dra. Maria Fernanda Soares Queiroz
Universidade Federal de Mato Grosso

Prof. Dr. Dioniso de Souza Sampaio
Universidade Federal do Pará

Prof. Dr. Leonardo Augusto Couto Finelli
Universidade Estadual de Montes Claros

Prof^a. Ma. Danielly de Sousa Nóbrega
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Acre

Prof. Me. Mauro Luiz Costa Campello
Universidade Paulista

Prof^a. Ma. Livia Fernandes dos Santos
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Acre

Prof^a. Dra. Sonia Aparecida Cabral
Secretaria da Educação do Estado de São Paulo

Prof^a. Dra. Camila de Moura Vogt
Universidade Federal do Pará

Prof. Me. José Martins Juliano Eustaquio
Universidade de Uberaba

Prof. Me. Walmir Fernandes Pereira
Miami University of Science and Technology

Prof^a. Dra. Liege Coutinho Goulart Dornellas
Universidade Presidente Antônio Carlos

Prof. Me. Ticiano Azevedo Bastos
Secretaria de Estado da Educação de MG

Prof. Dr. Jónata Ferreira De Moura
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a. Ma. Daniela Remião de Macedo
Faculdade de Belas Artes da Universidade de Lisboa

Prof. Dr. Francisco Carlos Alberto Fonteles Holanda
Universidade Federal do Pará

Prof^a. Dra. Bruna Almeida da Silva
Universidade do Estado do Pará

Prof^a. Ma. Adriana Leite de Andrade
Universidade Católica de Petrópolis

Prof^a. Dra. Clecia Simone Gonçalves Rosa Pacheco
Instituto Federal do Sertão Pernambucano,

Prof. Dr. Claudimir da Silva Santos
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas

Prof. Dr. Fabrício dos Santos Ritá
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas, Brasil

Prof. Me. Ronei Aparecido Barbosa
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas

Prof. Dr. Julio Onésio Ferreira Melo
Universidade Federal de São João Del Rei

Prof. Dr. Juliano José Corbi
Universidade de São Paulo

Prof^a. Dra. Alessandra de Souza Martins
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof. Dr. Francisco Sérgio Lopes Vasconcelos Filho
Universidade Federal do Cariri

Prof. Dr. Thadeu Borges Souza Santos
Universidade do Estado da Bahia

Prof^a. Dra. Francine Náthalie Ferraresi Rodrigues Queluz
Universidade São Francisco

Prof^a. Dra. Maria Luzete Costa Cavalcante
Universidade Federal do Ceará

Prof^a. Dra. Luciane Martins de Oliveira Matos
Faculdade do Ensino Superior de Linhares

Prof^a. Dra. Rosenery Pimentel Nascimento
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Esp. Livia Silveira Duarte Aquino
Universidade Federal do Cariri

Prof^a. Dra. Irlane Maia de Oliveira
Universidade Federal do Amazonas

Prof^a. Dra. Xaene Maria Fernandes Mendonça
Universidade Federal do Pará

Prof^a. Ma. Thais de Oliveira Carvalho Granado Santos
Universidade Federal do Pará

Prof. Me. Fábio Ferreira de Carvalho Junior
Fundação Getúlio Vargas

Prof. Me. Anderson Nunes Lopes
Universidade Luterana do Brasil

Profª. Dra. Iara Margolis Ribeiro
Universidade do Minho

Prof. Dr. Carlos Alberto da Silva
Universidade Federal do Ceará

Profª. Dra. Keila de Souza Silva
Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Francisco das Chagas Alves do Nascimento
Universidade Federal do Pará

Profª. Dra. Réia Sílvia Lemos da Costa e Silva Gomes
Universidade Federal do Pará

Prof. Dr. Evaldo Martins da Silva
Universidade Federal do Pará

Prof. Dr. António Bernardo Mendes de Seça da Providência Santarém
Universidade do Minho, Portugal

Profª. Dra. Miriam Aparecida Rosa
Instituto Federal do Sul de Minas

Prof. Dr. Biano Alves de Melo Neto
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano

Profª. Dra. Priscyla Lima de Andrade
Centro Universitário UnifBV

Prof. Dr. Gabriel Jesus Alves de Melo
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia

Prof. Esp. Marcel Ricardo Nogueira de Oliveira
Universidade Estadual do Centro Oeste

Prof. Dr. Andre Muniz Afonso
Universidade Federal do Paraná

Profª. Dr. Laís Conceição Tavares
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Prof. Me. Rayme Tiago Rodrigues Costa
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme
Universidade Federal do Tocantins

Prof. Me. Valdemir Pereira de Sousa
Universidade Federal do Espírito Santo

Profª. Dra. Sheylla Susan Moreira da Silva de Almeida
Universidade Federal do Amapá

Prof. Dr. Arinaldo Pereira Silva
Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará

Profª. Dra. Ana Maria Aguiar Frias
Universidade de Evora, Portugal

Profª. Dra. Deise Keller Cavalcante
Secretaria de Estado de Educação do Rio de Janeiro

Profª. Esp. Larissa Carvalho de Sousa
Instituto Politécnico de Coimbra, Portugal

Esp. Daniel dos Reis Pedrosa
Instituto Federal de Minas Gerais

Prof. Dr. Waslan Figueiredo Martins
Instituto Federal Goiano

Prof. Dr. Lênio José Guerreiro de Faria
Universidade Federal do Pará

Profª. Dra. Tamara Rocha dos Santos
Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Marcos Vinicius Winckler Caldeira
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Gustavo Soares de Souza
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo

Profª. Dra. Adriana Cristina Bordignon
Universidade Federal do Maranhão

Profª. Dra. Norma Suely Evangelista-Barreto
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof. Me. Larry Oscar Chaiñi Paucar
Universidad Nacional Autónoma Altoandina de Tarma, Peru

Prof. Dr. Pedro Andrés Chira Oliva
Universidade Federal do Pará

Prof. Dr. Daniel Augusto da Silva
Fundação Educacional do Município de Assis

Profª. Dra. Aleteia Hummes Thaines
Faculdades Integradas de Taquara

Profª. Dra. Elisângela Lima Andrade
Universidade Federal do Pará

Prof. Me. Reinaldo Pacheco Santos
Universidade Federal do Vale do São Francisco

Profª. Ma. Cláudia Catarina Agostinho
Hospital Lusíadas Lisboa, Portugal

Profª. Dra. Carla Cristina Bauermann Brasil
Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Humberto Costa
Universidade Federal do Paraná

Profª. Ma. Ana Paula Felipe Ferreira da Silva
Universidade Potiguar

Prof. Dr. Ernane José Xavier Costa
Universidade de São Paulo

Profª. Ma. Fabricia Zanelato Bertolde
Universidade Estadual de Santa Cruz

Prof. Me. Eliomar Viana Amorim
Universidade Estadual de Santa Cruz

Profª. Esp. Nássarah Jabur Lot Rodrigues
Universidade Estadual Paulista

Prof. Dr. José Aderval Aragão
Universidade Federal de Sergipe

Profª. Ma. Caroline Muñoz Cevada Jeronimo
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba

Profª. Dra. Aline Silva De Aguiar
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Renato Moreira Nunes
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Me. Júlio Nonato Silva Nascimento
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Profª. Dra. Cybelle Pereira de Oliveira
Universidade Federal da Paraíba

Profª. Ma. Cristianne Kalinne Santos Medeiros
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Profª. Dra. Fernanda Rezende
Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Estudo em Educação Ambiental

Profª. Dra. Clara Mockdece Neves
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª. Ma. Danielle Galdino de Souza
Universidade de Brasília

Prof. Me. Thyago José Arruda Pacheco
Universidade de Brasília

Profª. Dra. Flora Magdaline Benitez Romero
Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia

Profª. Dra. Carline Santos Borges
Governo do Estado do Espírito Santo, Secretaria de Estado de Direitos Humanos.

Profª. Dra. Rosana Barbosa Castro
Universidade Federal de Amazonas

Prof. Dr. Wilson José Oliveira de Souza
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

Prof. Dr. Eduardo Nardini Gomes
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

Prof. Dr. José de Souza Rodrigues
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

Prof. Dr. Willian Carboni Viana
Universidade do Porto

Prof. Dr. Diogo da Silva Cardoso
Prefeitura Municipal de Santos

Prof. Me. Guilherme Fernando Ribeiro
Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Profª. Dra. Jaisa Klaus
Associação Vitoriana de Ensino Superior

Prof. Dr. Jeferson Falcão do Amaral
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Profª. Ma. Ana Carla Mendes Coelho
Universidade Federal do Vale do São Francisco

Prof. Dr. Octávio Barbosa Neto
Universidade Federal do Ceará

Profª. Dra. Carolina de Moraes Da Trindade
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Prof. Me. Ronison Oliveira da Silva
Instituto Federal de Amazonas

Prof. Dr. Alex Guimarães Sanches
Universidade Estadual Paulista

Profa. Esp. Vanderlene Pinto Brandão
Faculdade de Ciências da Saúde de Unai

Profa. Ma. Maria Das Neves Martins
Faculdade de Ciências da Saúde de Unai

Prof. Dr. Joachin Melo Azevedo Neto
Universidade de Pernambuco

Prof. Dr. André Luis Assunção de Farias
Universidade Federal do Pará

Profª. Dra. Danielle Mariam Araujo Santos
Universidade do Estado do Amazonas

Profª. Dra. Raquel Marchesan
Universidade Federal do Tocantins

Profª. Dra. Thays Zigante Furlan Ribeiro
Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Norbert Fenzl
Universidade Federal do Pará

Prof. Me. Arleson Eduardo Monte Palma Lopes
Universidade Federal do Pará

Profa. Ma. Iná Camila Ramos Favacho de Miranda
Universidade Federal do Pará

Profª. Ma. Ana Lise Costa de Oliveira Santos
Secretaria de Educação do Estado da Bahia

Prof. Me. Diego Vieira Ramos
Centro Universitário Inga

Prof. Dr. Janaildo Soares de Sousa
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Mário Henrique Gomes
Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais, Portugal

Profª. Dra. Maria da Luz Ferreira Barros
Universidade de Evora, Portugal

Prof^a. Ma. Eliaidina Wagner Oliveira da Silva

Caixa de Assistência dos Advogados da OAB-ES

Prof^a. Ma. Maria José Coelho dos Santos

Prefeitura Municipal de Serra

Prof^a. Tais Müller

Universidade Estadual de Maringá

Prof. Me. Eduardo Cesar Amancio

Centro Universitário de Tecnologia de Curitiba

Prof^a. Dra. Janine Nicolosi Corrêa

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof^a. Dra. Tatiana Maria Cecy Gadda

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof^a. Gabriela da Costa Bonetti

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Me. Thales do Rosário De Oliveira

Universidade de Brasília

Prof^a. Dra. Maisa Sales Gama Tobias

Universidade Federal do Pará

Prof. Dr. Pedro Igor Dias Lameira

Universidade Federal do Pará

A literacia em saúde, tem vindo a ser alvo de investimento a nível nacional e internacional de modo a causar impacto na saúde das populações, dando também resposta aos objetivos do desenvolvimento sustentável previstos na Agenda 2030 da Organização Mundial da Saúde. Neste sentido o livro “Literacia em saúde para uma gravidez saudável: promoção da saúde no período pré-natal” pretende assinalar um passo determinante na literacia em saúde da mulher e ser uma fonte de informação que contribua para o conhecimento atualizado e o desempenho dos profissionais na área da Saúde Materna.

Esta obra resulta de um trabalho colaborativo entre profissionais de saúde, professores e estudantes do Ensino Superior, partindo de ações de incentivo à pesquisa nas diversas áreas do conhecimento e nas diferentes áreas da saúde durante o período pré-natal e pretende contribuir para a prevenção e promoção da saúde assim como para a melhoria dos cuidados e da qualidade de vida da mulher/casal/família.

O livro, composto por temas que são apresentados em 15 capítulos, fornece informações úteis e conceitos que contribuirão para o bem-estar materno-fetal e que ajudarão a orientar os procedimentos e cuidados a prestar. Será, certamente, um instrumento de trabalho útil para profissionais da saúde.

Agradecemos aos autores (enfermeiros, psicólogos e professores) que, com interesse e corresponsabilidade revelaram, nesta obra, a importância da vigilância pré-natal e da educação para a saúde, relacionando-as com as questões culturais, o papel do pai e o bem-estar materno-fetal. Os temas sobre a imagem corporal, a autoestima e a sexualidade da grávida não foram esquecidos. O livro relata, ainda, algumas pesquisas e revisões da literatura relacionadas com o conforto e desconforto da gravidez, exercício físico, a importância da nutrição e dos suplementos e evidenciam a importância da monitorização da glicemia em gestantes. Foram pesquisados os comportamentos de risco e os efeitos negativos do uso de substâncias aditivas lícitas e ilícitas. Abordou-se, também, a intervenção do psicólogo como figura de proteção dos direitos da mulher entre outros assuntos de interesse coletivo. Pretende-se, assim, que este livro seja um instrumento didático-pedagógico em busca de mais o conhecimento.

Ana Maria Aguiar Frias
Maria da Luz Ferreira Barros

SUMÁRIO

CAPÍTULO 01

INFLUÊNCIA DA CULTURA NO BEM-ESTAR MATERNO-FETAL: UMA REVISÃO NARRATIVA

Joana Nunes Dias Lopes; Sara Cristina Gaitas Rodrigues Pereira; Ana Maria Aguiar Frias; Maria da Luz Ferreira Barros

doi 10.37885/220609210 13

CAPÍTULO 02

A INFLUÊNCIA DOS ASPETOS CULTURAIS NO PAPEL DO PAI DURANTE A GRAVIDEZ: UMA REVISÃO NARRATIVA

Débora Cristiana Mascote Colaço; Leandro Miguel dos Santos Pereira; Ana Maria Aguiar Frias

doi 10.37885/220609208 25

CAPÍTULO 03

MEDIDAS DE CONFORTO E PROMOÇÃO DE BEM-ESTAR NA GRÁVIDA E NO FETO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Vanda Isabel Cerejo Sequeira; Vera Lúcia Gordo Polainas; Ana Maria Aguiar Frias; Maria da Luz Ferreira Barros

doi 10.37885/220609211 39

CAPÍTULO 04

DESCONFORTOS DA GRAVIDEZ E BEM ESTAR DA MULHER GRÁVIDA: REVISÃO INTEGRATIVA

Ana Isabel Ramalho Galhanas; Ana Maria Aguiar Frias

doi 10.37885/220709373 52

CAPÍTULO 05

O EXERCÍCIO FÍSICO NA GRAVIDEZ: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Daniela Maria Bicho Alves; Raquel Sofia Guerreiro Pacheco; Ana Maria Aguiar Frias

doi 10.37885/220609207 64

CAPÍTULO 06

A IMAGEM CORPORAL E A AUTOESTIMA COMO DETERMINANTES NA ACEITAÇÃO DAS MUDANÇAS FÍSICAS NA GRAVIDEZ: UMA REVISÃO NARRATIVA

Ana Raquel Moreno Peixeiro; Joana Filipa Gonçalves Pereira; Ana Maria Aguiar Frias; Maria da Luz Ferreira Barros

doi 10.37885/220609212 76

CAPÍTULO 07**ALTERAÇÕES DA SEXUALIDADE DURANTE A GRAVIDEZ: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Anellita Gonçalves Chambel Mendes Moreira; Catarina Maria Pinto Henriques; Ana Maria Aguiar Frias

doi 10.37885/220609206 87**CAPÍTULO 08****INFLUÊNCIA DA SUPLEMENTAÇÃO DE ÁCIDO FÓLICO AO NÍVEL DA DÍADE MÃE/FILHO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Helena Alexandra da Silva Ildefonso; Raquel Filipa Fernandes Domingos; Ana Maria Aguiar Frias

doi 10.37885/220609209 102**CAPÍTULO 09****COMPORTAMENTOS ADITIVOS E GRAVIDEZ: ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS**

Cátia Alexandra Martins Cordeiro; Patrícia Sofia Henriques Sapata; Sara Filipa Garrido Coração Franco; Sónia Rodrigues Espanhol; Olga Cristina Nobre Bugalho; Ana Maria Aguiar Frias

doi 10.37885/220709419 118**CAPÍTULO 10****O PAPEL DO PSICÓLOGO COMO FIGURA DE PROTEÇÃO E GARANTIA DE DIREITOS DAS MULHERES DURANTE O PRÉ-NATAL**

Natália Ferreira Camargo

doi 10.37885/220809760 131**CAPÍTULO 11****ATENDIMENTO DE PRÉ-NATAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: REVISÃO DA LITERATURA**

William Bergues de Souza Travassos; Weslle Anny Santos Gomes; Waiza Priscila Freire Oliveira; Selma Silva dos Santos; Leidiane Soares Veloso; Lucielle Pereira Soares; Janete Souza Pinheiro; Iara Raquel Cantanhede Castro Santiago; Ellayna Christiny Castro de Oliveira Lima; Elizandra Duarte Pinto

doi 10.37885/220910045 145**CAPÍTULO 12****MONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR DURANTE A GRAVIDEZ: UMA ESTRATÉGIA PARA PREVENIR AS COMPLICAÇÕES DA DIABETES MELITUS GESTACIONAL**

Gabriel Merrighi de Figueiredo Amaral; Isabella Monteiro Barbosa de Souza; Isabella Vasconcelos Fernandes; Maria Clara Mendes Soares Araújo

doi 10.37885/221010396 156

CAPÍTULO 13**A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE O ABORTAMENTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**

Emily Karolayne Aleixo da Silva; Diego Pereira Rodrigues; Valdecyr Herdy Alves; Silvio Éder Dias da Silva; Andressa Tavares Parente; Elisângela da Silva Ferreira; Ana Zélia Silva Fernandes de Sousa; Clemilda Alves da Silva; Letícia Diogo de Oliveira Moura; Tatiana do Socorro dos Santos Calandrini

doi 10.37885/220709358 164

CAPÍTULO 14**AROMATERAPIA PARA ALÍVIO DA DOR NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA**

Paola Melo Campos; Paula Cristina Barth Bellotto; Marcela Rosa da Silva; Marcia Cordeiro da Cunha; Vanine Arieta Krebs; Amanda Fiorenzano Bravo; Rafaela Abrão

doi 10.37885/220909914 181

CAPÍTULO 15**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO COTIDIANO DAS MATERNIDADES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**

Maria Luiza Maués de Sena; Diego Pereira Rodrigues; Valdecyr Herdy Alves; Silvio Éder Dias da Silva; Andressa Tavares Parente; Elisângela da Silva Ferreira; Jannaina Campos Beviláqua; Malena da Silva Almeida; Sabrina Vieira Ricardo da Silva; Felipe Souza Nascimento

doi 10.37885/220709357 193

SOBRE OS ORGANIZADORES 210

ÍNDICE REMISSIVO 211

Influência da cultura no bem-estar materno-fetal: uma revisão narrativa

| Joana Nunes Dias Lopes

Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E., Évora, Portugal

| Ana Maria Aguiar Frias

Universidade de Évora, CHRC, Portugal

| Sara Cristina Gaitas Rodrigues Pereira

Hospital São João de Deus, Montemor-o-Novo, Portugal

| Maria da Luz Ferreira Barros

Universidade de Évora, Portugal

RESUMO

Na Gravidez a família é preponderante para o seu sucesso, pois é esta que transmite as suas crenças e costumes, de acordo com a sua cultura, que idealmente proporcionará um parto seguro, com mãe e recém-nascido saudáveis. Com esta revisão narrativa pretendemos conhecer os aspetos culturais que influenciam o comportamento das grávidas. Os artigos foram encontrados nas bases de dados PubMed, CINAHL, MEDLINE, MedicLatina, Nursing & Allied Health Collection, Web of Science e Scielo, através de descritores MeSH, entre 2016 e 2021, que abordassem a influencia dos fatores culturais no comportamento das grávidas. De acordo com a literatura analisada, os aspetos culturais centram-se maioritariamente na alimentação e na espiritualidade, tendendo a culpabilizar a mulher em todas as suas práticas enquanto grávida. Assim, os profissionais de saúde devem estar preparados para as possíveis dificuldades encontradas, devendo estar livres de tabus e preconceitos, para que consigam ajudar as mulheres na sua interação entre a sua cultura e o mundo hospitalar ocidental.

Palavras-chave: Antropologia, Cultura, Etnografia, Gravidez, Rituais.

■ INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo as diferentes sociedades foram criando o seus modos e hábitos de vida, de acordo com a sua história, favoráveis à sua sobrevivência, tendo estes sido passados de geração em geração culminando na criação de várias culturas (ZEFERINO, 2019). As pessoas pautam a sua vida de acordo com os rituais e costumes da sua cultura, acreditando que estes elaboram o correto modo de viver (modo de vida tradicional), alienando ou excluindo aqueles que não o cumprem, pois vivem orientados para o mundo atual: moderno e tecnológico (RODRIGUES *et al.*, 2000). É a família que preserva os valores culturais de cada grupo social e que está encarregue de os transmitir e fazer cumprir no presente e ao longo das gerações vindouras (ETOWA, 2012).

Deste modo, também na Gravidez podemos identificar o papel da família como preponderante para o seu sucesso, uma vez que esta será o maior suporte da mulher, transmitindo as suas crenças e costumes, que idealmente proporcionarão um parto seguro, com ambos os protagonistas saudáveis – mãe e recém-nascido (PRATES *et al.*, 2016).

Antigamente a Gravidez era vista como um ato de confirmação social, um ato de sucesso perante o casamento e quase que obrigatório, dado que as mulheres incapazes de conceber eram marginalizadas e ficavam de parte na sociedade, por incapacidade de realizarem o seu papel enquanto esposas, pois a mulher era vista apenas como “doméstica” e responsável pelo ato de gerar um novo ser e criá-lo (GREWAL *et al.*, 2008). No mundo moderno assistimos a uma alteração deste paradigma, no sentido em que a mulher se tornou parte integrante da sociedade, com ideias e opiniões próprias, cabendo ao casal decidir quando e quantos filhos deseja ter (RESENDE, 2017).

Com isto, o objetivo da presente revisão é deslindar como os rituais presentes em cada comunidade interferem no processo de Gravidez e na forma como a mulher vivencia esta etapa de vida, sendo a questão norteadora “Como é que as práticas tradicionais de cada cultura influenciam os comportamentos durante a Gravidez?”

■ METODOLOGIA

O presente artigo é uma revisão narrativa da literatura, tendo sido definida a questão norteadora a partir da estratégia PIE, em que a população estabelecida foi a de grávidas, tendo como intervenção as práticas tradicionais ritualizadas e como avaliação a descrição de qualidades oferecidas por estes rituais (quais os efeitos ou ganhos para a grávida e para o feto), determinando a nossa questão: Como é que as práticas tradicionais de cada cultura influenciam os comportamentos durante a Gravidez?

Para responder a esta questão, foi realizada uma pesquisa primária na PubMed, através da utilização dos descritores MeSH “*pregnancy*”, “*culture*”, “*ceremonial behavior*” e operador booleano “AND”, onde se obteve um resultado de 146 artigos. Delimitando a pesquisa para artigos dos últimos 5 anos e com o texto completo, obteve-se um total de 18 resultados, destes, após exclusão de título, apenas 1.

Foi realizada nova pesquisa, novamente na PubMed, desta vez com os descritores MeSH “*qualitative research*”, “*anthropology, cultural*”, “*pregnant woman*” e o operador booleano “AND”, bem como “*ceremonial behavior*” com o operador “OR”, tendo sido encontrados 36 resultados. A pesquisa foi reduzida ao intervalo de tempo entre 2016 e 2021 e à integridade do texto, tendo obtido 10 resultados. Após análise cuidadosa destes artigos, obteve-se 1 relevante para a presente revisão de literatura.

Foi realizada pesquisa também na EBSCO, nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, MedicLatina e Nursing & Allied Health Collection, com os descritores MeSH “*ethnography*”, “*ethnonursing*”, “*anthropology*”, “*culture*”, com o operador booleano “OR”, “AND” “*pregnant*”, “*pregnancy*”, com o operador booleano “OR”, e “AND” “*rituals*”, “*ceremony*”, com o operador booleano “OR”, definindo como faixa temporal os últimos 5 anos, obteve-se um total de 48 resultados, destes, selecionando apenas artigos com texto completo, obteve-se 16 artigos. Após leitura do título obteve-se 6 artigos que, após análise cuidadosa dos mesmos, restaram 3 artigos de interesse para este estudo.

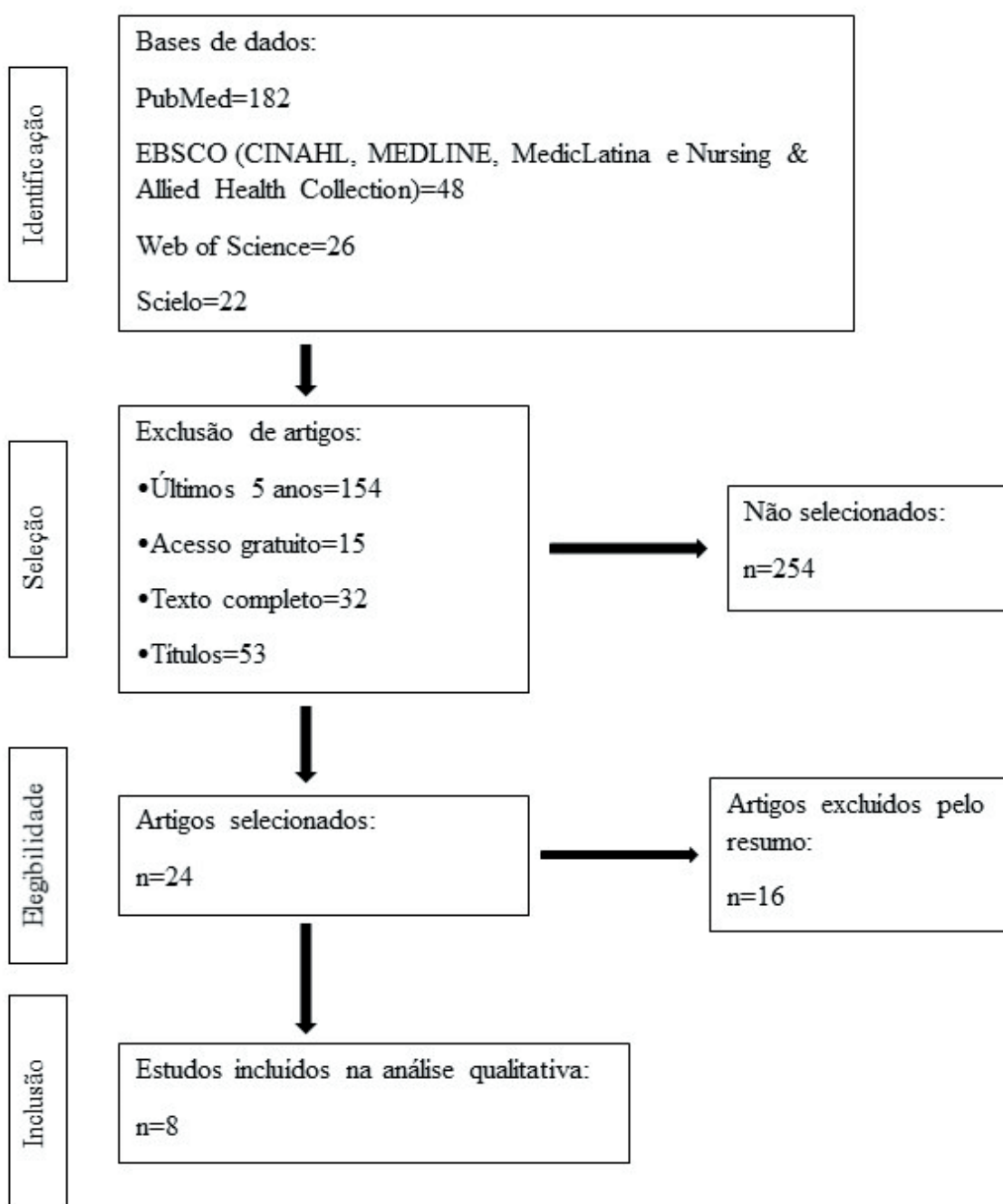
Foi realizada pesquisa ainda na Web of Science, com os mesmos descritores MeSH e operadores booleanos utilizados na pesquisa realizada na EBSCO, definindo ainda a mesma faixa temporal, obteve-se 26 artigos que, após seleção de apenas artigos com acesso gratuito, se obteve um total de 11 artigos com relevância para esta revisão. Após leitura do título obteve-se 3 artigos que, após análise cuidadosa dos mesmos, restou apenas 1 artigo de interesse para este estudo.

Por último, foi realizada pesquisa na base de dados Scielo, com os descritores MeSH “*ethnography*”, “*pregnancy*” e o operador booleano “AND”, obtendo-se um total de 22 artigos. Após leitura do título obteve-se 4 artigos que, após análise cuidadosa dos mesmos, restaram 2 artigos de interesse para este estudo.

Como critérios de inclusão foram definidos artigos que descrevem práticas e rituais presentes em diferentes comunidades apenas durante o período da Gravidez, espaço temporal de 2016-2021, texto completo e de acesso gratuito. Relativamente aos critérios de exclusão foram títulos sem interesse para a presente revisão e, após análise detalhada de alguns artigos, foram também excluídos por não se adequarem à questão orientadora, bem como artigos repetidos. Todo este processo está apresentado no fluxograma de PRISMA (figura1).

Os níveis de evidência permitem guiar-nos nas diferentes obras de evidência existentes, pois simboliza os critérios de elegibilidade, confiança e alto nível científico, possibilitando a categorização da evidência científica existente, diferenciando cada nível de forma a que os estudos sejam aprimorados no rigor e método científico necessário para obter resultados fidedignos sobre as diversas matérias estudadas, sendo assim possível o avanço da ciência e, concretamente, da medicina e da enfermagem (APÓSTOLO, 2017). Os artigos encontrados foram categorizados conforme o nível de evidência de Joanna Briggs Institute (JBI), pelo que foram selecionados artigos com o nível de evidência 3, que se enquadram nos estudos qualitativos.

Figura 1. Fluxograma dos artigos originais incluídos.



Fonte: autoras da revisão.

■ RESULTADOS

Na tabela 1, a seguir apresentado, encontra-se uma análise das referências bibliográficas incluídas nesta revisão narrativa, onde se esmiúça o objetivo, a amostra, o desenho do estudo/nível de evidência/recolha de dados e os resultados detalhados de cada artigo.

Tabela 1. Artigos selecionados e sua metódica análise.

Autores, Ano, País	Objetivo	Amostra	Desenho do Estudo/Nível de Evidência/Recolha de dados/ Medidas	Resultados
HUSSAIN et al., 2021. Reino Unido	Explorar as práticas alimentares da primeira geração de mulheres paquistanesas imigradas no Reino Unido durante a Gravidez.	n=10 mulheres da primeira geração de imigrantes paquistaneses no Reino Unido (3 mães e 7 grávidas) Idade: 30 aos 40 anos	Qualitativo. Recolha de dados: entrevistas semiestruturadas. Análise temática indutiva. Nível de Evidência 3 (JBI Levels of Evidence)	As mulheres paquistanesas classificam os alimentos em quentes (peixe, ovos, carne, nozes e manga), que permitem o aumento da temperatura corporal, não devendo ser consumidos no 1º e 2º trimestres, pois causam abortos, mas sim um mês antes da concepção e no 3º trimestre, permitindo assim um estiramento das fibras musculares, o que facilitará o parto; e ainda em frios (maçãs e uvas), não devendo ser consumidos no 3º trimestre, pois causam uma contração muscular o que dificultará o parto. Também as cores dos alimentos têm significado: um alimento branco (leite) provocará um tom de pele branco no bebê, que simboliza saúde e beleza, sendo a cor vermelha (melancia) também sinônimo de boa saúde. Já a cor negra (chá) provocará um bebê escuro, o que não é desejável. O mel deve ser consumido no 3º trimestre, pois abençoa a mãe e o feto. As mães, sogras e amigas das grávidas recomendam a não ingestão de suplementos alimentares e a redução da quantidade de alimentos, uma vez que tudo isso dificultará o parto, devido ao aumento excessivo do bebê, sendo os suplementos considerados venenosos. Quem não seguir estas recomendações é vista como desobediente, o que levará a críticas e a humilhações, sendo consideradas más mães, mães que põem em causa a vida dos seus bebês.
CHAKONA; SHACKLETON, 2019. África do Sul	Documentar os alimentos tabu proibidos durante a Gravidez e a sua razão.	n=224 grávidas e mães com filhos até aos 5 anos de idade n=94 mulheres de idades variáveis Idade: 24 aos 47 anos	Qualitativo e quantitativo. Recolha de dados: questionários e entrevistas com grupos focais. Nível de Evidência 3 (JBI Levels of Evidence)	A maioria dos alimentos proibidos são laranjas (fruta ou sumo), frango, batata, peixe, animais selvagens, ananás e mel, considerados tabu pela maioria das mulheres da comunidade; feijões, ovos, melancia e abóbora são também considerados alimentos tabu, mas apenas por uma minoria. Estes alimentos provocam alterações comportamentais na criança (teimosia, desobediência e propensão a roubar), além de problemas de saúde para o feto (pele áspera com borbulhas, alopecia, dispneia, disartria, feridas na cabeça) e dificuldade no parto, podendo levar a mãe à morte. Todos os conhecimentos são transmitidos pelas avós, pelas mães e por experiências de Gravidezes anteriores da própria mulher. Além das restrições alimentares, as grávidas não podem andar na rua à noite, devido ao risco de se depararem com feitiçaria, o que provoca aborto ou morte à nascença. São fortemente indicados o consumo de útero de égua e a ingestão de urina de babuíno, pois afastam a feitiçaria e proporcionam um parto descomplicado. As grávidas devem também colocar uma planta (salvia scabra) num recipiente com água e beber dessa água 2 vezes por dia até ao parto, sendo que se a planta se mantiver saudável, também o feto será saudável, mas se a planta morrer é esperado que o feto também morra.

Autores, Ano, País	Objetivo	Amostra	Desenho do Estudo/Nível de Evidência/Recolha de dados/ Medidas	Resultados
DEMIR; YILDIRIM, 2019. Turquia	Identificar o efeito que as crenças religiosas têm nas atitudes das grávidas em relação à saúde do feto.	n=116 grávidas Idade: 18 aos 40 anos	Qualitativo. Recolha de dados: através do preenchimento de um questionário e utilização da escala FHLC (Fetal Health Locus of Control). Nível de Evidência 3 (JBI Levels of Evidence)	A religião e as crenças têm efeitos ao nível dos cuidados de saúde das mulheres, uma vez que associam a fé ao bem-estar fetal. Como tal, acreditam que ao participarem regularmente em atividades religiosas, o feto será saudável. Estas têm tendência a descorar os testes clínicos realizados durante a Gravidez, nomeadamente as ecografias e a PTGO, para despiste de diabetes gestacional.
PÉREZ; RODRÍGUEZ, 2019. México	Analisar os costumes e as práticas ancestrais durante a Gravidez de 3 comunidades de Chilón.	n=7 grávidas no 2º trimestre de etnia tseltal Idade: 17 aos 42 anos	Qualitativo, etnográfico e descritivo. Recolha de dados: entrevista semiestruturada e observação participante. Nível de Evidência 3 (JBI Levels of Evidence)	A Gravidez é considerada um estado “quente”, pelo que as mulheres têm de evitar atividades “frias” para promover a sua saúde e a do feto, como andar na rua à noite ou contactar com um morto (prevenindo a sua “frieza” colocando um gancho, uma agulha ou um alfinete na barriga ou passar cal em cruz na sola dos pés). Para afastar o frio também se usa incenso ou algumas ervas “quentes” (absinto, erva de chiquin, erva orelha de burro, cânfora e alho). A natureza também interfere na Gravidez: durante um eclipse, a grávida não pode olhar para o céu, podendo causar falta de partes no feto (dedos dos pés ou das mãos, nariz ou orelha); se a grávida tremer (por exemplo, durante uma tempestade) deve ser-lhe cuspida na cara/cabeça água salgada (previne o aborto) e se tiver medo, além da prática para os tremores, deve ainda ser-lhe passado pelo corpo um ramo de ervas. Se a mulher tem dor, as parteiras realizam a “sobada”, que consiste em massagens abdominais com óleo ou uma combinação de ervas medicinais.
BASTOS; PEREIRA, 2018. Brasil	Refletir acerca das experiências das mulheres de Demétria, sobre a Gravidez e o parto, bem como os desafios encontrados nos procedimentos obstétricos impostos no Hospital da Universidade Estadual Paulista.	Amostra não especificada	Qualitativo. Recolha de dados: observação direta, entrevistas face a face. Nível de Evidência 3 (JBI Levels of Evidence)	Nesta comunidade, a dor durante o parto é vista como um ato de coragem que ajuda na progressão da criança. Associam que a sensação de dor e alegria devem estar interligadas durante o parto. O parto deve ser no domicílio, o mais natural possível, para que existam transformações espirituais ao nível da mulher no decorrer do trabalho de parto. Descrevem as experiências hospitalares como traumáticas, por não terem sido cumpridos os seus desejos e por não haver uma compreensão por parte dos profissionais de saúde às práticas realizadas nesta comunidade. Realizam um banho com óleos de lavanda, arnica ou bétula de forma a aliviar as dores e a preparar a mãe, facilitando o trabalho de parto. Durante o parto, colocam sobre a barriga da mulher vários véus, que vão retirando à medida que o trabalho de parto evolui.
PATI et al., 2018. Índia	Explorar as crenças de consumo do álcool durante a Gravidez, nas comunidades tribais.	n=19 mulheres consumidoras de álcool durante a gestação n=18 membros das famílias n=20 profissionais de saúde e líderes comunitários	Qualitativo. Recolha de dados: entrevistas com questionário descritivo e estruturado. Nível de Evidência 3 (JBI Levels of Evidence)	“Handia” é uma bebida alcoólica caseira à base de arroz, que deve ser servida para comemorar um nascimento ou uma morte ou apenas para servir como presente quando alguém visita uma casa, sendo um sinal de amor e afeto para com este. Assim, também durante a Gravidez se deve ingerir esta bebida, que é considerada comida, e que serve ainda para aliviar as dores de estômago durante este período. Os líderes das comunidades têm consciência dos efeitos nocivos provocados pela ingestão de “handia”, no entanto admitem ser algo intrínseco na comunidade uma vez que é consumido desde tenra idade e, por isso, difícil de eliminar, principalmente durante a gestação.

Autores, Ano, País	Objetivo	Amostra	Desenho do Estudo/Nível de Evidência/Recolha de dados/ Medidas	Resultados
SCOPEL; SCOPEL, 2018. Brasil	Descrever as práticas de atenção e auto atenção durante a Gravidez e o parto entre os <i>munduruku</i> .	n=24 mulheres, profissionais de saúde e homens <i>munduruku</i>	Qualitativo. Recolha de dados: observação dos participantes e entrevistas. Nível de Evidência 3 (JBI Levels of Evidence)	Utilizam como prática o sustar da barriga, tanto na mulher grávida como não grávida, uma vez que acreditam que as mulheres contêm dentro do ventre a “mãe do corpo”, sendo esta a responsável pela saúde e vida das mulheres. A mulher mais velha é a que deve realizar o parto, que tem como objetivo definir a Gravidez, perceber o sexo do bebê e a posição em que este se encontra. Acreditam que durante a Gravidez a chamada “mãe do corpo” fica ausente de forma a dar lugar ao feto. Nos últimos meses da Gravidez, as gestantes são aconselhadas a realizarem banhos com plantas terapêuticas, de forma a tornar o parto mais rápido. Durante o parto deve estar presente a família extensa e a mulher mais velha tem como responsabilidade aceitar a criança.
HOPPENBROUWERS et al., 2017. Indonesia	Documentar as crenças acerca da Gravidez, parto, saúde materno-infantil e morte infantil em Toraja, Sulawesi.	n=42 mães de bebês entre 1 semana e 6 meses n=12 tradicionais parteiras n=1 especialista em rituais n=1 médico n=2 curandeiros tradicionais	Qualitativo, etnográfico e descritivo. Recolha de dados: observação direta e entrevistas. Nível de Evidência 3 (JBI Levels of Evidence)	A mulher quando descobre que está grávida deve de ir ao conselheiro, denominado “ <i>ma pakianak</i> ”. A Gravidez é associada a uma fase de “peso” e de calor. A mulher é vulnerável à magia e às doenças. Segundo, os ancestrais esta deve evitar ir ao rio ou andar em campos de arroz, associados à presença de maus espíritos. Os desejos da mulher devem ser respeitados, pois acreditam que se não o forem a criança pode ficar com sialorreia durante o seu crescimento. A mulher deve encontrar-se com pessoas bonitas, inteligentes e atléticas para que essas características sejam passadas para o feto. Durante o parto os homens da família devem ficar no exterior da cerimónia e realizar um fogo para prevenir o aparecimento de criaturas míticas. São aplicadas algumas ervas e óleos no canal vaginal de modo a facilitar a expulsão do feto. Após o parto, a mulher deve ingerir alimentos mais quentes e evitar sair à rua, por estar associado ao frio e à fraqueza.

Fonte: autoras da revisão.

■ DISCUSSÃO

Na grande maioria dos artigos analisados, denotam-se dois temas emergentes: a espiritualidade e os rituais que proporcionam um parto descomplicado. O primeiro, de acordo com Demir e Yildirim (2019), Pérez e Rodriguez (2019), Bastos e Pereira (2018) e Scopel e Scopel (2018), remete não só para práticas religiosas relacionadas essencialmente com orações e assiduidade nas celebrações da eucaristia, como também para crenças espirituais relacionadas com a natureza, como comportamentos durante um eclipse, cultivos de determinadas plantas predizerem o futuro do feto ou ainda uma “força” no interior do corpo da mulher (“mãe do corpo”) que é responsável pela sua saúde e vida, tal como também sugere Grewal et al. (2008). Existem assim várias crenças que influenciam determinantemente o vivenciar das mulheres durante a gestação, vivências essas que serão uma linha orientadora na sua conduta ao longo da Gravidez. O segundo, de acordo com os mesmos autores, prende-se com banhos e massagens à base de óleos e plantas medicinais promotoras de uma rápida

e fácil expulsão do feto. Tais práticas ainda se refletem na atualidade, com o intuito máximo de minimizar a dor da mulher e proporcionar um parto o mais tranquilo possível.

Por outro lado, surge a temperatura como algo preponderante para o sucesso da Gravidez, onde Hussain *et al.* (2021), Pérez e Rodriguez (2019) e Hoppenbrouwers *et al.* (2017) relatam que a grávida é suscetível ao frio da noite e ao frígido do morto, bem como a determinados alimentos que provocam “frio interno” no organismo. No entanto, alguns alimentos considerados quentes também não devem ser consumidos por crença de aborto, apesar de no 3.º trimestre auxiliarem no momento do parto, momento esse também considerado quente (HUSSAIN *et al.*, 2021).

A alimentação influencia todo o percurso de Gravidez, não só na questão da temperatura, bem como na sua coloração, associado ao tom de pele do bebê. Em concordância com Hussain *et al.* (2021) e Chakona e Shackleton (2019), também Liamputtong *et al.* (2005) descreve a existência ainda de restrições alimentares associadas a alterações físicas e comportamentais da futura criança. Em algumas comunidades é costume ingerir ou oferecer álcool, pois é sinónimo de amor e afeto e, nas grávidas, proporciona alívio das dores de estômago (PATI *et al.*, 2018). A alimentação é de facto essencial em todas as etapas da vida, pois a maioria dos rituais celebram-se com comida ou ao redor desta, tornando o ato de nos alimentarmos um ato social.

Um tema menos latente, mas de igual importância é a feitiçaria e as suas práticas para afastar determinadas criaturas míticas, sendo a mulher vulnerável a estes ritos e o homem responsável por os executar (CHAKONA; SHACKLETON, 2019; HOPPENBROUWERS *et al.*, 2017). Segundo Liamputtong *et al.* (2005), além da proibição das grávidas participarem em celebrações fúnebres, também não podem realizar atividades vigorosas (inclusive relações sexuais), por risco de aborto, terminar uma refeição em último lugar, ou preparar a chegada do recém-nascido, principalmente a roupa, por risco de nado morto. A feitiçaria sempre esteve presente na história da humanidade, provocando tanto curiosidade como receio da população, levando ao desfecho de inúmeras situações drásticas a quem a praticava, explicando assim como algumas comunidades menos modernizadas continuam a respeitar com temor estas práticas e a existência das suas criaturas.

Em geral, todos os artigos analisados mencionam de alguma maneira as consequências tanto maternas como fetais caso as grávidas se insurjam contra as práticas, rituais, costumes e crenças da sua cultura, sendo inclusive alvo de discriminação por parte da sua comunidade, conhecimentos estes transmitidos pelas mulheres mais velhas das respectivas famílias (sogra, mães, avós) ou adquiridos pelas próprias mulheres em contexto de Gravidezes anteriores (BASTOS; PEREIRA, 2018; CHAKONA; SHACKLETON, 2019; HUSSAIN *et al.*, 2021; SCOPEL; SCOPEL, 2018). Ademais, Martínez (2008) refere ainda

que tarefas como coser, saltar vedações ou embrulhar objetos pode provocar a formação de circulares cervicais no feto e, de acordo com Grewal *et al.* (2008), à medida que a Gravidez vai progredindo assim deve aumentar o repouso da grávida, repouso esse que se deverá prolongar até 40 dias após o parto, com risco de uma saúde pobre no decorrer da vida da mulher caso não seja cumprido. Apesar disto, alguns líderes dessas mesmas comunidades concordam que nem todas as práticas são efetivamente saudáveis, reconhecendo mesmo assim que os costumes são intrínsecos e difíceis de serem mudados (PATI *et al.*, 2018; RODRIGUES *et al.*, 2000).

As mulheres destas comunidades minoritárias que já recorrem aos serviços de saúde são encorajadas a participar nas sessões de preparação para o parto, não o fazendo por crerem que não é acrescentado qualquer tipo de conhecimento que não possuam através de familiares (GREWAL *et al.*, 2008). A preparação para o parto é educacional na medida em que há troca de conhecimentos e experiências de várias pessoas que constituem os grupos, cada uma delas com ideias e valores distintos (FRIAS; RESSURREIÇÃO; LOBÃO; RODRIGUES, 2021). A maioria das mulheres reconhecem boas experiências no momento do parto, considerando que os profissionais de saúde lhes prestam todo o auxílio e explicações necessárias durante aquele momento (GREWAL *et al.*, 2008). No entanto, continuam a existir falhas de comunicação entre os dois grupos e, nesta perspectiva, tal como Demir e Yildirim (2019) e Bastos e Pereira (2018), também Coutinho *et al.* (2014) evidencia a importância de capacitar os profissionais de saúde no sentido de compreenderem estas culturas e como devem atuar para benefício da mãe-feto, sem ferirem suscetibilidades e, assim, não afastarem estas mulheres dos cuidados de saúde ocidentais, necessários para uma Gravidez vigiada e bem-sucedida.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão narrativa pretendeu elucidar sobre os aspetos culturais relacionados com a Gravidez nas diferentes comunidades, demonstrando a sua influência na saúde da mulher e do feto, bem como as pressões que esta sofre pela sua própria família em cumprir os rituais, sendo marginalizada quando isso não acontece.

O objetivo foi atingido com sucesso na medida em que foi possível conhecer alguns rituais que influenciam o comportamento das mulheres durante a Gravidez, quando inseridas em diversos contextos culturais.

Atualmente, algumas mulheres têm o primeiro contacto com os cuidados de saúde apenas no momento do parto, pois muitas acreditam que as informações da preparação para o parto são apreendidas pelos seus ascendentes, o que pode levar a choques culturais e a expectativas desajustadas face ao parto hospitalar, quando poderiam ter sido

evitadas se realmente tivessem realizado as aulas de preparação para o parto com profissionais especializados.

Num mundo globalizado, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, devem estar preparados para as dificuldades que vão encontrar tanto em relação as diferenças linguísticas como aos próprios rituais e costumes de cada um, devendo estar livres de tabus e preconceitos, para que consigam ajudar as mulheres na sua interação entre a sua cultura e o mundo hospitalar ocidental.

■ REFERÊNCIAS

1. APÓSTOLO, J. **Síntese da evidência no contexto da translação da ciência**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2017.
2. BASTOS, R.; PEREIRA, P. Mães Waldorf: gestação e parto na comunidade antroposófica. **Comunicação Saúde Educação**, p. 505-516, 2018.
3. CHAKONA, G.; SHACKLETON, C. Food Taboos and Cultural Beliefs Influence Food Choice and Dietary Preferences among Pregnant Women in the Eastern Cape, South Africa. **Nutrients**, 11, 2019.
4. DEMIR, E.; YILDIRIM, E. The Effect of Religious Belief on the Attitudes of Pregnant's Toward the Fetal Health. **Journal of Religion and Health**, 2019.
5. ETOWA, J. Becoming a mother: The meaning of childbirth for African-Canadian woman. **Contemporary Nurse**, 41, n. 1, p. 28-40, 2012.
6. FRIAS, A.; RESSURREIÇÃO, A.; LOBÃO, A.; RODRIGUES, C. Preparação para o parto: análise de conceito. In Samira Silva Santos Soares (Org). **Enfermagem: Processos, Práticas e Recursos**. (pp.25-37). Ponta Grossa - Paraná: Atena Editora, 2021. ISBN 978-65-5706-927-1. DOI 10.22533/at.ed.271212403. <http://hdl.handle.net/10174/30003>.
7. GREWAL, S.; BHAGAT, R.; BALNEAVES, L. Perinatal Beliefs and Practices of Immigrant Punjabi Women Living in Canada. **JOGNN**, 37, n. 3, p. 290-300, 2008.
8. HOPPENBROUWERS, T.; SANDARUPA, S.; DONZELLI, A. From the womb to the tree Child rearing practices and beliefs among the Toraja of Sulawesi. **Wacana**, 18, p. 658-691, 2017.
9. HUSSAIN, B.; BARDI, J.; FATIMA, T. Pregnancy related cultural food practices among Pakistani women in the UK: a qualitative study. **British Journal of Midwifery**, 29, p. 402-409, 2021.
10. LIAMPUTTONG, P.; YIMYAM, S.; PARISUNYAKUL, S.; BAOSOUNG, C. et al. Traditional beliefs about pregnancy and child birth among women from Chiang Mai, Northern Thailand. **Midwifery**, 21, p. 139-153, 2004.
11. MARTINEZ, G. Traditional practices, beliefs and uses of medicinal plants in relation to maternal–baby health of Criollo woman in central Argentina. **Midwifery**, 24, p. 490-502, 2006.

12. PATI, S.; CHAUNHAN, A.; MAHAPATRA, P.; HANSDAH, D. et al. Weaved into the cultural fabric: a qualitative exploration of alcohol consumption during pregnancy among tribal women in Odisha, India. **Substance Abuse treatment, prevention, and policy**, 2018.
13. PÉREZ, G.; RODRIGUEZ, M. Costumbres y prácticas ancestrales en el cuidado de la mujer tseltal embarazada. **Metas de enfermería**, 22, p. 49-55, 2019.
14. PRATES, L.; POSSATI, A.; TIMM, M.; CREMONESE, L. et al. Care rituals operated by families during the gestational process: an ethnographic study. **Online Brazilian Journal Of Nursing**, p. 509-511, 2016.
15. RESENDE, D. Maternidade: Uma Construção Histórica E Social. **Pretextos: Revista da graduação em Psicologia da PUC Minas**, 2, n. 4, p. 175-191, 2017.
16. RODRIGUES, M.; SOBRINHO, E.; SILVA, R. A família e sua importância na formação do cidadão. **Família Saúde Desenvolvimento**, 2, p. 40-48, 2000.
17. SCOPEL, R.; SCOPEL, D. Quiénes son las parteras munduruku? Pluralismo médico y autoatención en el parto domiciliario entre indígenas en Amazonas, Brasil. **Desacatos**, 58, p. 16-33, 2018.
18. ZEFERINO, J. Influência da Cultura na formação da consciência do cidadão. **Revista Sol nascente**, p. 50-57, 2019.

A influência dos aspetos culturais no papel do pai durante a gravidez: uma revisão narrativa

| **Débora Cristiana Mascote Colaço**
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portugal

| **Leandro Miguel dos Santos Pereira**
Hospital Particular do Algarve, Portugal

| **Ana Maria Aguiar Frias**
Universidade de Évora, CHRC, Portugal

RESUMO

A gravidez envolve a necessidade de adaptação face a todo o processo de transição, pois envolve a definição de novos papéis e novos conceitos. O envolvimento do pai no processo de gravidez e fases seguintes culmina numa melhor prestação de cuidados pela confiança depositada no profissional de saúde, melhorando a ligação entre casal e o mesmo e promovendo uma adaptação positiva à parentalidade. A multiculturalidade num país ocidental engloba diferentes envolvimento paternos na gravidez e processos de transição, sendo necessário um estudo mais aprofundado. O presente artigo tem como objetivo identificar na literatura os tipos de culturas mais presentes em Portugal e clarificá-los, de modo a facilitar a atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com pesquisa de 72 artigos nas diversas bases de dados científicas, culminando na análise de 7 artigos após aplicação de critérios de inclusão e exclusão. Após a análise dos artigos e de obras de referência verificou-se a importância da consciencialização do enfermeiro no contexto de multiculturalidade no período gravídico, de modo a incluir o pai nos cuidados, confirmando-se a relevância do seu papel na tríade.

Palavras-chave: Cultura, Gravidez, Pai, Papel Parental.

■ INTRODUÇÃO

A chegada de um novo membro envolve a definição de novos papéis e acresce-nos a necessidade de definir novos conceitos. Segundo a *International Classification for Nursing Practice*, ICNP®, (2010), a adaptação a estes novos papéis, nomeadamente a adaptação à parentalidade, define-se como um conjunto de comportamentos ajustados à gravidez com o objetivo do homem ou mulher se qualificarem para o papel adequado de “pai ou mãe” de acordo com as expectativas da sociedade. O papel do pai, também ele definido pela ICNP®, é caracterizado pela responsabilização do progenitor “major” tendo em atenção o grupo social e a cultura do mesmo.

Porém, a definição de pai tem sido dinâmica ao longo da sua história. Bernardi (2017) ressalva que esta definição foi, maior parte do tempo, vista como sendo restritiva ao lugar de provedor da família e, desta forma, pouco investigada, sendo que apenas em 1970 é que emergiu a necessidade de investigação, quando surgiu perante os investigadores um pai mais afetuoso e dedicado, apontando então para que o papel do pai fosse mais presente e não apenas visto como procriador e não essencial para a sobrevivência da família. O que tem suscitado questões junto dos enfermeiros será então a abordagem adequada perante o pai aquando da gravidez e a importância do seu papel durante a mesma.

Portugal é um país multicultural, no entanto o papel parental transcende a cultura, tendo como alicerces o cuidado, alimentação e proteção dos filhos no seu desenvolvimento (DECS, 2017). Mesmo tendo os mesmos objetivos, as características culturais divergem e, deste modo, as práticas parentais poderão ser diferentes.

A escolha do tema “A influência dos aspetos culturais no papel do pai durante a gravidez” prende-se com a pertinência no desenvolvimento profissional do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica das melhores práticas com o intuito de promover a interação e integração do pai durante a gravidez.

O presente artigo pretende contribuir para um aumento do conhecimento relativo à multiculturalidade paterna, pelo que o objetivo consiste em identificar na literatura os tipos de culturas mais presentes em Portugal e clarificá-los, de modo a facilitar a atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

■ METODOLOGIA

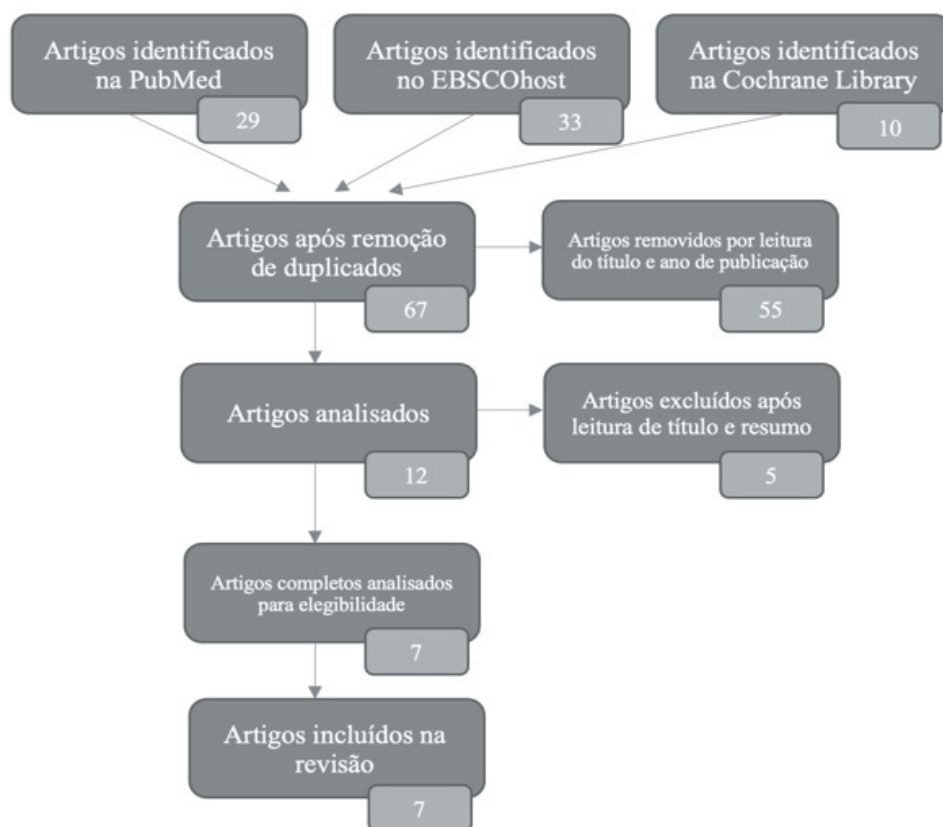
O presente artigo é uma revisão narrativa da literatura, tendo sido realizada uma pesquisa entre os anos de 2010 e 2021, nas plataformas PubMed, EBSCOhost e Cochrane Library, com seleção de todas as bases de dados. Foram utilizados os descritores em Ciências da Saúde (DeCS, edição 2017) na língua inglesa: *pregnancy, fathers, parenting* e

culture, com o recurso à interseção entre eles através do operador “AND”. Como delimitadores da pesquisa foram definidos: artigos com texto completo (*full text*), na língua portuguesa, inglesa e espanhola.

Os critérios de inclusão selecionados foram: artigos cujo objeto de estudo fosse o papel do pai nas diferentes etapas do processo gravídico e de adaptação ao papel parental, avaliando fatores culturais. Os critérios de exclusão consistiram na abordagem do pai única exclusivamente no trabalho de parto e/ ou pós-parto e onde o fator cultural não fosse avaliado, não correspondentes aos anos de pesquisa previamente definidos.

Com base nestes critérios obteve-se como resultados da pesquisa, 29 artigos na PubMed, 33 artigos no EBSCOhost e 10 artigos na Cochrane Library. Após aplicação de critérios de inclusão e exclusão foram examinados 7 artigos. Este processo de seleção é esquematizado segundo o modelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses*), representado na figura 1 (PRISMA, 2021).

Figura 1. Processo de seleção dos artigos através do modelo PRISMA.



Fonte: Elaborado pelos autores adaptado de PRISMA (2021) RESULTADOS.

Após a análise dos artigos, foi elaborada uma tabela (Tabela 1) com a identificação do título dos artigos, autores e ano de publicação, com informação sobre os objetivos do estudo, o tipo de abordagem, o nível de evidência da obra segundo a classificação de *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2016) e as conclusões a que os autores chegaram.

Tabela 1. Dados extraídos dos artigos analisados

Título (autores, ano)	Objetivos	Abordagem / Nível de Evidência	Conclusões
Artigo 1. Fathers' roles matter too: An ethnographic study examining fathers' roles and the influences on their roles during labour and birth (LONGWORTH; FURBER; KIRK, 2021)	Compreender o papel do pai e a sua influência durante o trabalho de parto e parto	Etnográfica, Qualitativa / Nível 3	Identificados fatores facilitadores e inibidores da transição para o papel de pai. Denotada uma interação entre o papel paterno adotado e o decurso do trabalho de parto e parto. Verificadas alterações do papel de acordo com os eventos que estavam fora do controlo do pai. Estas descobertas fornecem informações valiosas sobre como a sala de partos e os valores individuais influenciam a adoção de papéis. Estes dados fornecem uma base para desenvolver estratégias que podem ser usadas pelas parteiras para melhorar o papel dos pais durante o parto e o parto. Estas estratégias poderiam incluir a educação dos pais sobre como apoiar as mulheres, apoiar os pais na transição de um ambiente para outro, familiarizar os pais com a tecnologia na sala de partos, e fornecer aos pais informações e comunicar com eles quando surgem complicações durante o trabalho de parto.
Artigo 2. Midwives' experiences of father participation in maternity care at a large metropolitan health service in Australia (WYNTER; DI MANNO; WATKINS; RASMUSSEN <i>et al.</i> , 2021)	Avaliar a perceção das parteiras em relação ao seu papel no bem-estar do pai, a extensão da frequência e participação do pai em seus serviços, vantagens e desvantagens da participação do pai e barreiras e facilitadores para o envolvimento do pai	Qualitativa / Nível 3	As parteiras reconheceram os fatores culturais como uma barreira importante para a participação do pai nos cuidados da maternidade, baseando-se que em muitas culturas, a gravidez e o parto são consideradas funções da mulher. Para encorajar a participação do pai, é importante ser fornecida educação pré-natal em grupos acessíveis e que o pai tenha um papel fulcral. Os programas de educação pré-natal devem ser adequados e sensíveis às normas culturais, sendo que os diversos grupos culturais deveriam poder partilhar ideias juntos. A sensibilidade cultural deve ser discutida e linguisticamente diversificada para melhor entendimento. As parteiras também identificaram barreiras ao envolvimento dos pais, com famílias socioeconomicamente mal posicionadas e culturalmente diversificadas.
Artigo 3. 'Both parents should care for babies': A cross-sectional, cross-cultural comparison of adolescents' breastfeeding intentions, and the influence of shared-parenting beliefs (SWANSON; HANNULA; ERIKSSON; WALLIN <i>et al.</i> , 2017)	Compreender a relação entre paternidade partilhada, crenças e intenções de alimentação infantil em adolescentes do sexo masculino e feminino, comparando países nórdicos com altas taxas de aleitamento materno com outros com baixas taxas	Quantitativa / Nível 4	A exposição, crenças e intenções de alimentação diferem de acordo com o seu país de origem. Os jovens dos países nórdicos tinham muito mais probabilidades de amamentar do que os da Escócia e dos EUA, estando espelhado nas suas crenças, normas sociais e confiança. Profissionais de saúde que promovem a amamentação ou as competências parentais devem considerar fatores culturais no desenvolvimento de intervenções. A discussão aberta relativamente ao aleitamento materno no contexto das escolhas parentais com os jovens oferece um foco potencialmente mais útil do que simplesmente destacar os benefícios para a saúde.
Artigo 4. Fatherhood in a New Country: A Qualitative Study Exploring the Experiences of Afghan Men and Implications for Health Services (RIGGS; YELLAND; SZWARC; WAHIDI <i>et al.</i> , 2016)	Entender as experiências dos homens afegãos refugiados. O homem como pai de família e o contributo dos serviços de saúde para uma adaptação favorável da gravidez	Qualitativa / Nível 4	Os pais desempenham um papel importante na promoção da saúde e bem-estar de suas famílias ao longo da vida. Durante o período perinatal a saúde mental dos pais e o ajuste à paternidade estão associados à saúde mental da mulher, comportamentos de saúde durante a gravidez e aleitamento materno. Refugiado, o pai mostrou-se inteiro e disponível para total acompanhamento da gravidez, porém verificou-se uma centralização materna que influenciou negativamente a adaptação paterna à gravidez. Dados a servir de elucidativo para uma melhor compreensão e atenção ao bem-estar paterno como foco de gravidez agradavelmente vivenciada e experienciada pelo casal.

Título (autores, ano)	Objetivos	Abordagem / Nível de Evidência	Conclusões
Artigo 5. First-time fathers' experiences of parenting during the first year (KOWLESAR; WITTKOWSKI; FOX, 2015)	Explorar as experiências dos pais durante o primeiro ano como pais, de forma a apreender as suas experiências e transição para a paternidade	Qualitativa / Nível 3	Durante a fase de transição, sentimentos de separação e marginalização estimularam a incapacidade dos homens para vivenciar as alterações da mulher grávida: as experiências dos homens eram baseadas no corpo grávido da mulher, o que fazia permanecer a sensação de distância para alguns deles. Sentimentos de separação foram perpetuados por homens que se sentiam sem apoio, despreparados e subestimados durante a preparação para o parto e parentalidade. Um pai de primeira viagem, que compartilha atributos sociodemográficos semelhantes aos dos participantes deste estudo, pode passar por mudanças e experiências semelhantes. Nas sociedades ocidentais contemporâneas, a mulher tem rituais de maternidade definidos enquanto os pais são postos de parte e mal definidos. O homem pode beneficiar mais se a passagem para a paternidade for vista como um processo contínuo, que não termina no nascimento, mas evolui continuamente à medida que as mudanças pessoais e sociais acontecem.
Artigo 6. Participación paterna en la experiencia del parto (VILLALÓN; TORO; RIESCO; PINTO <i>et al.</i> , 2014)	Avaliar alterações de parâmetros fisiológico dos recém-nascidos em que o pai esteja envolvido na experiência de gravidez e nascimento	Mista / Nível 1	A vivência de uma experiência complexa e diferente por parte dos pais pode ter influenciado na mudança da percepção sobre o parto, o que pode ter contribuído para um maior respeito e admiração por seus parceiros. A transição para a parentalidade é altamente influenciada pelo contexto social e de trabalho. Viver o nascimento do primeiro filho sem preparação prévia torna-se avassalador para o pai e a mesma falta de preparação leva-o a evitá-lo. Nesse sentido, os profissionais de saúde, de diferentes culturas, reconhecem a necessidade de aumentar o compromisso dos homens com os cuidados pré-natais e no parto de forma a envolvê-los e prepará-los para a parentalidade.
Artigo 7. The child's father, an important person for the mother's well-being during the childbirth: a hermeneutic study (KAINZ; ELIASSON ; POST, 2010)	Compreender a experiência da mãe sobre a presença do pai da criança durante o parto e a sua importância para o bem-estar da mãe	Hermenêutica / Nível 3	A participação do pai da criança deu à mãe a sensação de que ambos teriam participado no desenvolvimento da gravidez e no parto, algo que iriam recordar como um trabalho de equipa e que por sua vez, faz com que se conheçam melhor. O pai deve ser preparado para o parto, se ele escolher estar presente com a mãe durante este processo. Isso não significa necessariamente que, embora o parto se torne uma experiência mútua, tenha o mesmo significado para ambos os pais. Na sociedade multicultural de hoje os resultados podem contribuir de forma mais universal para um maior conhecimento e compreensão do papel do pai da criança como uma figura importante para o bem-estar da mãe durante o parto.

■ DISCUSSÃO DE RESULTADOS

De acordo com os dados selecionados, seguiu-se a análise dos mesmos procedendo-se a uma leitura criteriosa dos resultados comparando-os com obras de referência. Com o intuito de alcançar os objetivos propostos nesta revisão, e de acordo com os resultados obtidos, estes foram agrupados em 2 categorias que analisam a importância do pai no processo de gravidez e a sua associação aos fatores culturais: 1) o papel do pai na gravidez e a influência da cultura, 2) a perspectiva do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica na abordagem ao pai inserido numa determinada cultura.

O papel do pai na gravidez e a influência da cultura

Segundo Nelas *et al.* (2015), tornar-se pai ou mãe é um processo árduo, muito pela responsabilidade, mudanças e necessária adaptação que a gravidez e o nascer do filho acarretam. Torna-se fulcral a abordagem e a compreensão da temática em redor do papel de pai, tanto pela necessidade de validação científica em torno dos benefícios da interação do pai no processo de adaptação da mulher, enquanto grávida, como ser biológico e social, como também inteirar o profissional de saúde da importância do papel do homem como progenitor, pai e elemento ativo no desenvolvimento favorável da, já considerada, tríade.

O artigo 2 e 3 afirmam que o papel ativo do pai traz benefícios, tanto para a mãe como para o bebé, estando associado a melhores comportamentos de saúde materna, envolvimento com serviços de saúde, bem-estar psicológico das mães e resultados benéficos na amamentação (ABBASS-DICK; BROWN; JACKSON; REMPEL *et al.*, 2019; KOTHARI; THAYALAN; DULHUNTY; CALLAWAY, 2019; MARTIN; MCNAMARA; MILOT; HALLE *et al.*, 2007). Ainda refutado pelo artigo 2, aliviar os níveis de sofrimento paterno também pode diminuir o risco de depressão e ansiedade materna pós-parto, melhorar as relações íntimas com o parceiro e reduzir os níveis de conflito familiar e violência (BROWN; NEFF; MANGELSDORF, 2013; VISMARA; ROLLÈ; AGOSTINI; SECHI *et al.*, 2016). O artigo 4 corrobora, salientando que a saúde mental do pai e o ajuste à paternidade estão associados à saúde mental da mulher e tira as mesmas conclusões que estudos já aqui abordados, relativamente aos comportamentos adotados durante a gravidez e pós-parto.

Tal como certificado no artigo 2, as crianças também são beneficiadas através de comportamentos parentais saudáveis, envolvimento do pai e apego aos bebés, o que, por sua vez, promovem resultados comportamentais, emocionais e de desenvolvimento positivos a longo prazo (RAMCHANDANI; STEIN; EVANS; O'CONNOR *et al.*, 2005; SARKADI; KRISTIANSSON; OBERKLID; BREMBERG, 2008).

Apesar do artigo 5 evidenciar que a experiência da transição dos homens para a paternidade contém elementos inerentes ao processo que ultrapassam as fronteiras culturais, é importante mesmo assim entender o processo como um todo, de modo a investigar, aquando da sua pertinência, as especificidades culturais dos indivíduos. Em Portugal observa-se uma multiculturalidade enraizada nos serviços de saúde que obriga o profissional a reorganizar-se perante a diversidade ideológica. Nos Indicadores de Integração de Imigrantes, em 2019, observou-se o surgimento de 4 culturas/etnias predominantes: a africana (0,35%), a brasileira (0,63%), a cigana e de países de Leste (0,30%) foram as evidenciadas após análise e conversão percentual (OLIVEIRA; GOMES, 2019; PORDATA, 2019).

Na maioria das sociedades ocidentais, como é o caso de Portugal, é expectável o desempenho mais ativo dos pais na gravidez, trabalho de parto e nascimento, no entanto,

estudos transculturais indicam que, em 60% das culturas, nem sempre os pais assistem ao nascimento dos filhos (BEHRUZI, 2013) e em 40% das culturas os pais participam, porém com uma contribuição mínima (HEWLETT; MACFARLAN, 2010). Em algumas culturas africanas, as mulheres acabam mesmo por optar por um acompanhamento por parte de outras mulheres em detrimento dos seus companheiros tal como salientado no artigo 1. Como justificativo aparece o estigma criado pelas sociedades. A sociedade tende a estereotipar os comportamentos de gênero, colocando o homem como responsável pela família de modo a proporcionar suporte financeiro e conforto (FRANCO; CORDEIRO; ESPANHOL; FRIAS, 2021) discriminando aqueles que se vinculam ao cuidado e apoio à mulher e criança (SILVA SANTOS; SILVA; MESSIAS, 2010).

Este contexto psicossociocultural juntamente com as restantes vertentes religiosas, éticas e de trabalho mostram-se influenciadoras diretas de como a parentalidade é vivenciada, reforçado no artigo 6. A não adaptação, a não preparação ou a presença de fatores inibidores da transição pressupõe a presença de riscos para o bom funcionamento da tríade (NELAS; MELO; REIS; APÓSTOLO *et al.*, 2015).

Em suma, é necessário compreender o modo como os pais experienciam a adaptação a este período de transição.

Com base na evidência relatada, urge a teoria das transições em Enfermagem. A Teoria de Enfermagem de Afaf Meleis apresenta as transições como uma “*mudança na situação atual de saúde da pessoa, ou nos relacionamentos, expectativas ou habilidades*” (MELEIS, 2012). A autora apresenta um esquema teórico que inclui tipo e padrões de transição, características das experiências de transição, fatores facilitadores e inibidores da transição, indicadores de processo e de resultado, tal como a intervenção de enfermagem incluída no processo de transição. Não um processo sequencial e, devido ao desafio de reconstruir a identidade e de constante adaptação, nem todas as mudanças traduzem transição. Parâmetros como a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, a temporalidade, os eventos e pontos críticos são critérios de relevo, que merecem o nosso enfoque e dispêndio de tempo para serem trabalhados.

Embora seja possível observar formas de identidade masculina contemporânea baseadas em novos comportamentos e atitudes, estas ainda não são culturalmente dominantes (MELEAGROU-HITCHENS; WILLIG, 2021). Estudos também se tornam pertinentes ao referir que alguns casais ainda se regem por referenciais tradicionais nos quais a mãe adota o papel de cuidadora principal, sempre disponível e o pai como tendo um papel secundário, apenas para auxílio (FRANCO; CORDEIRO; ESPANHOL; FRIAS, 2021; MARTINS; ABREU; FIGUEIREDO, 2017).

Afirma-se, então, que a cultura se mostra como fator crucial inibidor do cuidado e, por conseguinte, do processo de transição. Silva Santos *et al.* (2010), identificaram que o pai não tem a atribuição de cuidar, então tudo que ele faz nesse âmbito é visto mais como um favor do que como tarefa importante ou obrigatória (FORBES; WYNTER; WADE; ZELEKE *et al.*, 2018).

A perspectiva do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica na abordagem ao pai inserido numa determinada cultura

Exercer a profissão de enfermagem é saber centrar-se na relação enfermeiro-utente ou enfermeiro-família/comunidade, tanto o enfermeiro como o utente e família/comunidade detêm valores, crenças e até mesmo aspirações individuais devido aos fatores ambientais em que se envolvem. O enfermeiro deve distinguir-se pela formação e experiência que adquire no seu dia-a-dia, respeitando a pessoa e a família/comunidade numa perspectiva multicultural, obstante de juízos de valor (OE; CE, 2012).

O acompanhamento da mulher grávida, por parte do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, daqui em diante designado apenas de Enfermeiro Especialista, visa a uma intervenção eficaz para promover cuidados de saúde necessários à mulher e a manutenção do seu autocuidado. Uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista é o cuidado à mulher inserida numa família e numa comunidade durante todas as fases de gravidez, parto e pós-parto (OE, 2019).

A assistência à mulher durante o período de gravidez deve ser de qualidade, atendendo às suas necessidades, disponibilizando recursos adequados quer físicos, materiais, humanos e financeiros, como orientações e condutas para que a mulher se sinta adaptada e devidamente apoiada (HIRT, 2016). O artigo 2 vem refutar a ideia da OMS (2010), quando refere que os profissionais de saúde devem estar preparados quer para trabalhar com mulheres como com homens nesta circunstância. Deste modo, quando a OE (Ordem dos Enfermeiros) refere a importância de cuidar da mulher inserida na família e comunidade, refere-se também ao casal grávido.

A envolvimento dos pais durante o processo de gravidez e fases seguintes perpetua o relacionamento ativo dos mesmos com os profissionais de saúde e os serviços de saúde (JAZAYERINEZHAD; KHALESÍ; NIKNAMI, 2018). Este envolvimento dos pais melhora também a prestação de cuidados pelos enfermeiros pela confiança depositada pelo casal e conseqüentemente uma adaptação mais positiva à parentalidade, comprovada nos artigos 1, 2, 4, 5 e 6.

A presença do pai na preparação para o parto fará reduzir a sua ansiedade, facilitando a sua transição e por consequência sentir-se-á munido de informação para apoiar a mulher grávida, parturiente e puérpera e o seu filho. Tal envolvimento durante a gravidez também

trará benefício para a sua saúde mental (JAZAYERINEZHAD; KHALESÍ; NIKNAMI, 2018; PLANTIN; NY; OLUKOYA, 2011; ROMINOV; GIALLO; PILKINGTON; WHELAN, 2018), como corroborado nos artigos 2 e 5.

A competência cultural na saúde é a capacidade de compreender outras culturas, valorizando a diversidade e conhecendo pontos fortes da cultura para que deste modo possa prestar cuidados de saúde com uma avaliação holística e incorporar elementos culturais na sua prestação (COUTINHO; RODRIGUES; CARVALHO; PARREIRA, 2018; VILELAS; JANEIRO, 2011).

Com o aumento da mobilidade de indivíduos entre países e continentes, é importante que os enfermeiros conheçam os procedimentos mais usuais em outras culturas. No artigo 7 é possível verificar que a prestação de cuidados diferenciados para as diversas culturas contribui de forma universal para um maior conhecimento e compreensão do papel do pai como pessoa significativa durante a gravidez e restantes fases. O artigo 2 refere que pais com condições culturais e socioeconómicas idênticas compartilham de experiências semelhantes.

O artigo 2 e o artigo 4 permanecem em acordo quando se aborda a cultura, sublinhando que nos países de cultura ou línguas diferentes poderão ser predominantes as barreiras de comunicação e conseqüentemente a participação ativa no pré, peri e pós-parto, devido possivelmente a desacordo com normas culturais. O trabalho do Enfermeiro Especialista deve levar em consideração estas possíveis diferenças socioculturais (COUTINHO; RODRIGUES; CARVALHO; PARREIRA, 2018; MEDEIROS; FRIAS, 2021).

Salientou-se, em todos os artigos, que a cultura pode interferir drasticamente na presença do pai durante todo o processo de gestação, sendo referido, como exemplo, no artigo 2 que a gravidez e parto são “trabalho da mulher”, dificultando assim o avanço do pai como ser essencial neste processo.

Envolver o pai na gravidez trás benefícios também para mãe, tal como refere Kothari *et al.* (2019), está associado a melhoria dos comportamentos de saúde da mulher, o seu bem-estar psicológico e no seu envolvimento com os serviços de saúde.

O Enfermeiro Especialista é o profissional que mais contacto costuma ter com o casal grávido, uma vez que as consultas são mais longas e frequentes durante a gravidez, durante o parto e no pós-parto. Assim sendo, o Enfermeiro Especialista é uma peça importante na vida dos pais nesta fase. Ainda assim, como referido no artigo 2, o Enfermeiro considera que o envolvimento do pai na gravidez é desvalorizado, principalmente quando integrado em famílias com desvantagens socioeconómicas e de culturas diversas.

Deve, então, o Enfermeiro Especialista ser o primeiro a elevar os cuidados ao casal grávido, munindo-os de conhecimento de modo a que sejam possíveis a promoção de uma gravidez saudável e um processo de transição favorável, tendo em conta a vertente sociocultural.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ser pai é a melhor e mais difícil tarefa do mundo. É inteirar-se das responsabilidades de acolher um ser, juntamente com o intrínseco dispêndio de afetos ao que considera ser seu filho. É perceptível a envolvimento de termos como transição e adaptação a este novo papel e é notória a influência cultural no desempenho destas novas funções. A mudança e/ou ajuste de comportamentos, sejam eles adequados ou inadequados, vai depender diretamente do modo como o casal e, mais em foco, o pai vivencia este momento.

A importância de se perceber o que é culturalmente aceite ou não leva ao segundo ponto de discussão deste trabalho: o Enfermeiro. Enfermagem é um desafio. É ser capaz de se manter competente, responsável e acompanhar o progresso natural do desenvolvimento da sociedade. É exigente e demonstra ser uma profissão com um crescente grau de complexidade. Assim, importa o enfermeiro estar aberto à adequação de cuidados face à multiculturalidade presente em Portugal. A formação em enfermagem exige a contemplação de uma enfermagem transcultural, para que o enfermeiro esteja apto a agir quando novos contextos surgem.

Resta então concluir com a nota de que o Enfermeiro Especialista deve estar capacitado para o acompanhamento do pai, da mãe e do casal nos diversos contextos multiculturais, sendo eles alvo dos seus cuidados, e auxiliá-los a vivenciar os inúmeros processos de transição. A enfermagem transcultural é o alicerce da transição bem-sucedida e promotora de uma adaptação favorável ao novo papel. Cabe ao Enfermeiro Especialista capacitar e consciencializar o pai para o seu novo papel, respeitando a cultura, adequando os cuidados às ideologias e mantendo o foco na adaptação favorável da transição.

De forma a atingir o objetivo delineado, conseguiu-se perceber a multiculturalidade em Portugal e o papel paternal nas diferentes culturas, garantindo o entendimento do papel do pai como um processo de transição e relevo enquanto membro da tríade, deste modo, é possível e deve-se munir o Enfermeiro Especialista de um conhecimento cultural, promovendo assim a prestação de cuidados adequados face à multiculturalidade.

É importante reconhecer que os cuidados de enfermagem, nos dias de hoje, são fundamentais para quem os recebe e por isso, devem ser desenvolvidos e melhorados sempre que possível pelo enfermeiro, baseados na melhor informação científica possível.

■ REFERÊNCIAS

1. ABBASS-DICK, J.; BROWN, H.; JACKSON, K.; REMPEL, L. *et al.* Perinatal breastfeeding interventions including fathers/partners: A systematic review of the literature. *Midwifery* 75 ed. **Midwifery** **75**, 2019.
2. BEHRUZI, R. H., M.GOULET, L.FRASER, W.MISAGO, C. Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: a conceptual framework. **BMC Pregnancy and Childbirth**, 2013.
3. BERNARDI, D. Paternidade de cuidado: “novos conceitos”, velhos discursos. **Psic. Rev. São Paulo**. 26: 59-80 p. 2017.
4. BROWN, G.; NEFF, C.; MANGELSDORF, S. **Father involvement, paternal sensitivity, and father-child attachment security in the first 3 years**. 2013.
5. COUTINHO, E.; RODRIGUES, E.; CARVALHO, A.; PARREIRA, V. A competência cultural em enfermagem e a Mediação Intercultural preventiva. **Revista Migrações - Número Temático Mediação Intercultural** 2018.
6. DECS, D. E. C. D. S. **Descritores em Ciências da Saúde: DeCS, edição 2017**. 2017. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>. Acesso em: 10 dez.
7. FORBES, F.; WYNTER, K.; WADE, C.; ZELEKE, B. M. *et al.* Male partner attendance at antenatal care and adherence to antenatal care guidelines: secondary analysis of 2011 Ethiopian demographic and health survey data. **BMC Pregnancy Childbirth**. BMC Pregnancy Childbirth 2018.
8. FRANCO, S.; CORDEIRO, C.; ESPANHOL, S.; FRIAS, A. Vinculação paterna no pré-natal In Ana Frias e Cláudia Agostinho (Org). A Obra Prima: a arte de cuidar no início da vida. Cap. 3 (pp. 46-58). 2021. Guarujá. São Paulo: **Editora Científica Digital**. DOI: 10.37885/210805701. ISBN: 978-65-5360-021-8
9. HEWLETT, B.; MACFARLAN, S. J. **Fathers’ Roles in Hunter-Gatherer and Other Small-Scale Cultures**. Semantic Scholar 2010.
10. HIRT, L. **O cuidado pré-natal à luz da literatura: uma revisão narrativa**. Palmeira das Missões/RS: 2016.
11. ICN, C. I. D. E. **International Classification for Nursing Practice (ICNP®)**. 2010.
12. JAZAYERINEZHAD, N.; KHALES, Z.; NIKNAMI, M. A Systematic Review of the Effective Factors in Father’s Adaptation. **Shiraz E-Medical Journal**, 2018.
13. JBI, J. B. I. **Joanna Briggs Institute Reviewers’ Manual: 2016 edition**. Australia: The Joanna Briggs Institute. ed. Australia: The Joanna Briggs Institute., 2016.
14. KAINZ, G.; ELIASSON, M.; POST, I. The child’s father, an important person for the mother’s well-being during the childbirth: a hermeneutic study. **Health Care Women Int**. 2010.
15. KOTHARI, A.; THAYALAN, K.; DULHUNTY, J.; CALLAWAY, L. **The forgotten father in obstetric medicine**. 2019.

16. KOWLESSAR, O.; WITTKOWSKI, A.; FOX, J. First-time fathers' experiences of parenting during the first year. **Journal of Reproductive and Infant Psychology** 2015.
17. LONGWORTH, M. K.; FURBER, C.; KIRK, S. Fathers' roles matter too: An ethnographic study examining fathers' roles and the influences on their roles during labour and birth. **Midwifery**, 92, p. 102857, Jan 2021.
18. MARTIN, L.; MCNAMARA, M.; MILOT, A.; HALLE, T. *et al.* The effects of father involvement during pregnancy on receipt of prenatal care and maternal smoking. **Matern Child Health Journal**. Journal 11 2007.
19. MARTINS, C.; ABREU, W.; FIGUEIREDO, M. C. Tornar-se pai ou mãe: o desenvolvimento do processo parental. *Fronteiras: Journal of Social, Technological and Environmental Science*. Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA 2017.
20. MEDEIROS, C.; FRIAS, A. Intervenções de enfermagem frente à melhoria de cuidados no aleitamento materno: revisão integrativa. In Ana Frias e Cláudia Agostinho (Org). *A Obra Prima: a arte de cuidar no início da vida*. Cap. 15 (pp188-207). (2021). Guarujá. São Paulo: **Editora Científica Digital**. DOI: 10.37885/210906173. ISBN: 978-65-5360-021-8.
21. MELEAGROU-HITCHENS, L. A.; WILLIG, C. Men's experience of their transition to first-time fatherhood during their partner's pregnancy: an interpretative phenomenological analysis. **Journal of Men's Health**. 2021.
22. MELEIS, A. **Theoretical Nursing Development & Progress**. . 5th Edition ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, Wolters Kluwer, 2012.
23. NELAS, J.; MELO, E.; REIS, G.; APÓSTOLO, J. *et al.* **Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização**. 2015.
24. OE. **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica**. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03, páginas 13560 - 13565, 2019.
25. OE; CE. **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. 2012.
26. OLIVEIRA, C.; GOMES, N. **Indicadores de Integração de Imigrantes: Relatório Estatístico Anual**. Observatório das Migrações. 2019.
27. PLANTIN, L.; NY, P.; OLUKOYA, A. **Positive Health Outcomes Of Fathers' Involvement In Pregnancy And Childbirth Paternal Support: A Scope Study Literature Review**. *Fathering A Journal of Theory Research and Practice about Men as Fathers*, 2011.
28. PORDATA. **Base de Dados Portugal Contemporâneo**. Fundação Francisco Manuel dos Santos 2019.
29. PRISMA. **PRISMA - Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-Analyses**. 2021. Disponível em: <http://www.prisma-statement.org>.
30. RAMCHANDANI, P.; STEIN, A.; EVANS, J.; O'CONNOR, T. G. *et al.* **Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study**. 2005.

31. RIGGS, E.; YELLAND, J.; SZWARC, J.; WAHIDI, S. *et al.* **Fatherhood in a New Country: A Qualitative Study Exploring the Experiences of Afghan Men and Implications for Health Services.** 2016.
32. ROMINOV, H.; GIALLO, R.; PILKINGTON, P.; WHELAN, T. Getting help for yourself is a way of helping your baby: Fathers' experiences of support for mental health and parenting in the perinatal period. **Psychology of Men & Masculinity**, 19 (3), 457–468 2018.
33. SARKADI, A.; KRISTIANSSON, R.; OBERKLAD, F.; BREMBERG, S. **Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies.** 2008.
34. SILVA SANTOS, N.; SILVA, K. C., D. FERRAZ, V. CARVALHO, A. TAVARES, M. MORAES, E. NASSAR, P.; MESSIAS, C. Estratégias do enfermeiro no estímulo à parentalidade ativa no pré-natal. **Research, Society and Development**, 2010.
35. SWANSON, V.; HANNULA, L.; ERIKSSON, L.; WALLIN, M. H. *et al.* 'Both parents should care for babies': A cross-sectional, cross-cultural comparison of adolescents' breastfeeding intentions, and the influence of shared-parenting beliefs. **BMC Pregnancy Childbirth**, 17, n. 1, p. 204, Jun 29 2017.
36. VILELAS, J.; JANEIRO, S. Transculturalidade: o enfermeiro com competência cultural. **Revista Mineira de Enfermagem** 2011.
37. VILLALÓN, H.; TORO, R.; RIESCO, I.; PINTO, M. *et al.* participación paterna en la experiencia del parto. **Revista Chilena de Pediatría** 2014.
38. VISMARA, L.; ROLLÈ, L.; AGOSTINI, F.; SECHI, C. *et al.* Perinatal parenting stress, anxiety, and depression outcomes in first-time mothers and fathers: A 3- to 6-Months postpartum follow-up study. **Front. Psychol.** 7, 938 10.3389/fpsyg.2016.00938., 2016.
39. WYNTER, K.; DI MANNO, L.; WATKINS, V.; RASMUSSEN, B. *et al.* Midwives' experiences of father participation in maternity care at a large metropolitan health service in Australia. In: MIDWIFERY (Ed.). **Midwifery**, 2021.

Medidas de conforto e promoção de bem-estar na grávida e no feto: uma revisão integrativa da literatura

| **Vanda Isabel Cerejo Sequeira**

Hospital Espírito Santo, Évora, Portugal

| **Ana Maria Aguiar Frias**

Universidade de Évora, CHRC, Portugal

| **Vera Lúcia Gordo Polainas**

Hospital da Misericórdia, Évora, Portugal

| **Maria da Luz Ferreira Barros**

Universidade de Évora, Portugal

RESUMO

O objetivo principal foi verificar a eficácia das intervenções não farmacológicas holísticas que aliviam os desconfortos durante a gravidez. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, através da metodologia PICOT, formulando a questão de investigação “Quais as intervenções não farmacológicas holísticas, seguras para a gravidez, na redução dos desconfortos?”, com recurso aos motores de busca EBSCOhost, PubMed, SciELO e Google Académico. Os artigos selecionados foram publicados entre 2008 e 2021. Ao utilizar os Descritores MeSH – *Comfort, Pregnancy, Patient Comfort; Pregnancy Complications; Discomfort; Care; Welfare* - surgiram 186 artigos. Após leitura dos títulos, foram excluídos 124 artigos por serem repetidos ou apresentarem títulos irrelevantes, ficando com 62 artigos. Posteriormente, após leitura do título e resumo dos artigos, foram selecionados 13 artigos. Por último, após a leitura integral e aplicando os critérios de inclusão obtivemos 6 artigos para análise profunda e detalhada. Com esta revisão evidenciou-se que as grávidas, na sua grande maioria, revelam aspetos positivos com a prática das distintas medidas não farmacológicas holísticas, quer nos desconfortos sentidos e/ou na satisfação pelos momentos proporcionados, identificando benefícios e aconselhando a sua prática a outras grávidas.

Palavras-chave: Desconforto, Feto, Grávida, Intervenção, Medidas não Farmacológicas.

■ INTRODUÇÃO

A gravidez representa um acontecimento marcante na vida da mulher, onde se manifestam diversas mudanças adaptativas. Estas são demarcadas tanto a nível fisiológico como psicológico, com impacto importante na rotina e na qualidade de vida da mulher, seja pessoal, social e/ou familiar (PEREIRA, 2013). É um período onde são experienciadas emoções fortes, fazendo surgir dúvidas, medos e fragilidades relacionadas com as alterações estruturais e funcionais do organismo materno (MIRA *et al.* 2021). Estas alterações surgem da necessidade de manter a estabilidade da díade mãe-filho, associando-as estas a desconfortos próprios da gravidez (SILVA *et al.*, 2016). Estes recaem, principalmente, em manifestações como náuseas, vômitos, pirose, cefaleias, lombalgias, fadiga, varizes e edema dos membros inferiores, obstipação e distúrbios do sono, vivenciados pela maioria das grávidas (NENÉ *et al.*, 2018).

Cada pessoa adota um significado único de conforto, sendo este oscilante em diferentes contextos para cada um. A nível obstétrico, considera-se que é possível que a mulher grávida sinta conforto, ainda que perante desconfortos próprios da gravidez (CHARLES *et al.*, 2013).

As consultas de acompanhamento Pré-Natal são realizadas pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia e/ou generalista, estando este ciente da importância de abordar temas suscetíveis para a mulher grávida (SILVA *et al.*, 2016). As consultas tornam-se, neste sentido, um meio bastante útil e eficaz para identificar, prevenir, diagnosticar e intervir nas suas necessidades holísticas, nomeadamente na promoção de medidas de conforto gestacional materno-fetal (MARTINS *et al.*, 2020). Esta promoção permite diminuir a ansiedade das grávidas, associada aos desconfortos.

Para algumas situações, tratamentos farmacológicos tornar-se-iam mais fáceis, porém, pelo estado gravídico, não são a melhor resposta (CHARLES *et al.*, 2013). Assim sendo, surgem as Terapias Complementares, consideradas por Bocanegra *et al.* (2020), como aquelas que são utilizadas em conjunto com a medicina convencional, e que favorecem a interação entre o utente e o profissional de saúde. Recorre-se a estas técnicas desde a antiguidade, como meio de promoção e manutenção do bem-estar e qualidade de vida do ser humano, considerando o mesmo como um todo, isto é, de forma holística, onde a mente, a energia e o corpo são fatores determinantes para o processo saúde-doença (BOCANEGRA *et al.*, 2020).

Partindo desta premissa, é essencial perceber “Quais as intervenções não farmacológicas holísticas, seguras para a gravidez, na redução dos desconfortos?”, tendo como objetivo principal verificar a eficácia das mesmas baseada em estudos de evidência. O objetivo específico recai sobre a identificação do tipo de queixas mais frequentes nas grávidas. A estrutura desta revisão consiste em introdução, metodologia, apresentação de resultados, discussão de resultados e considerações finais.

■ METODOLOGIA

O presente artigo assenta numa Revisão Integrativa da Literatura que, segundo Sousa *et al.* (2017), deve ser baseada em seis passos: (1) identificação do tema e seleção da pergunta de pesquisa; (2) estabelecimento de critérios de inclusão e critérios de exclusão; (3) definição das informações a serem retiradas dos estudos selecionados; (4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; (5) interpretação/discussão dos resultados; (6) apresentação das considerações finais.

Foi formulada a pergunta de investigação a partir do método PICOT, segundo Diaz *et al.*, como citado em Sousa *et al.* (2018), definindo-se como “Quais as intervenções não farmacológicas holísticas, seguras para a gravidez, na redução dos desconfortos?”.

Tabela 1. Formulação da Pergunta PICOT.

ACRÓNIMO	DESCRIÇÃO	COMPONENTE DA QUESTÃO
P	População (Participantes)	Mulheres grávidas
I	Intervenção	Medidas de Conforto não farmacológicas holísticas
C	Comparações das Intervenções	Intervenções não farmacológicas ou tratamento conservador
O	Resultados (melhorias ou efeitos)	Eficácia das intervenções não farmacológicas
T	Tempo de estudo	Durante a gravidez

Fonte: Elaborado pelas autoras adaptado de Sousa *et al.* (2018).

Como objetivo principal definimos verificar a eficácia das intervenções não farmacológicas holísticas que aliviam os desconfortos durante a gravidez, e como objetivo específico a identificação do tipo de desconfortos mais frequentes nas grávidas.

Recorremos, para a Revisão Integrativa da Literatura, aos seguintes motores de busca: Scientific Electronic Library Online - SciELO, Biblioteca Nacional de Medicina (NLM®) dos Estados Unidos - PubMed®, Elton Bryson Stephens Company (EBSCOhost) e Google Académico.

Selecionámos palavras-chave relevantes para a pesquisa, inseridas nos Descritores Medical Subject Headings (MeSH): *Comfort, Pregnancy, Patient Comfort, Pregnancy Complications, Discomfort, Care, Welfare*, e utilizámos os operadores booleanos “AND” e “OR” para tal. De forma a selecionar os artigos, inicialmente introduziram-se os descritores “*pregnancy*” AND “*patient comfort*” AND “*pregnancy complications*” no motor de busca PubMed, obtendo-se um total de 19 resultados. Em seguida, foram inseridos os descritores “*pregnancy*” AND “*discomfort*” no motor de busca SciELO, alcançando um total de 26 resultados. Posto isto, foram colocados os mesmos descritores, porém em português, “*desconfortos*” AND “*gravidez*” no mesmo motor de busca, alcançando um total de 16 resultados. Posteriormente, foram introduzidos os descritores “*pregnancy OR pregnant*” AND “*discomfort OR discomforts*” AND “*care OR welfare*” no motor de busca EBSCOhost, alcançando

um total de 100 resultados. Por fim, utilizou-se o descritor “desconfortos gestacionais” no motor de busca Google Académico, alcançando um total de 25 resultados. Consequente de toda a nossa pesquisa, resultaram 186 artigos. Em seguida elegemos critérios de inclusão e de exclusão, representados abaixo.

Tabela 2. Critérios de Inclusão e Critérios de Exclusão.

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
<ul style="list-style-type: none">● Período de Tempo: 2008 – 2021● Texto Completo● Artigos de Revisão● Mulheres Grávidas	<ul style="list-style-type: none">● Mulheres grávidas com patologia● Adolescentes● Revisões Sistemáticas da Literatura● Revisões Integrativas da Literatura● Duplicados● Excluídos pós leitura do título e resumo

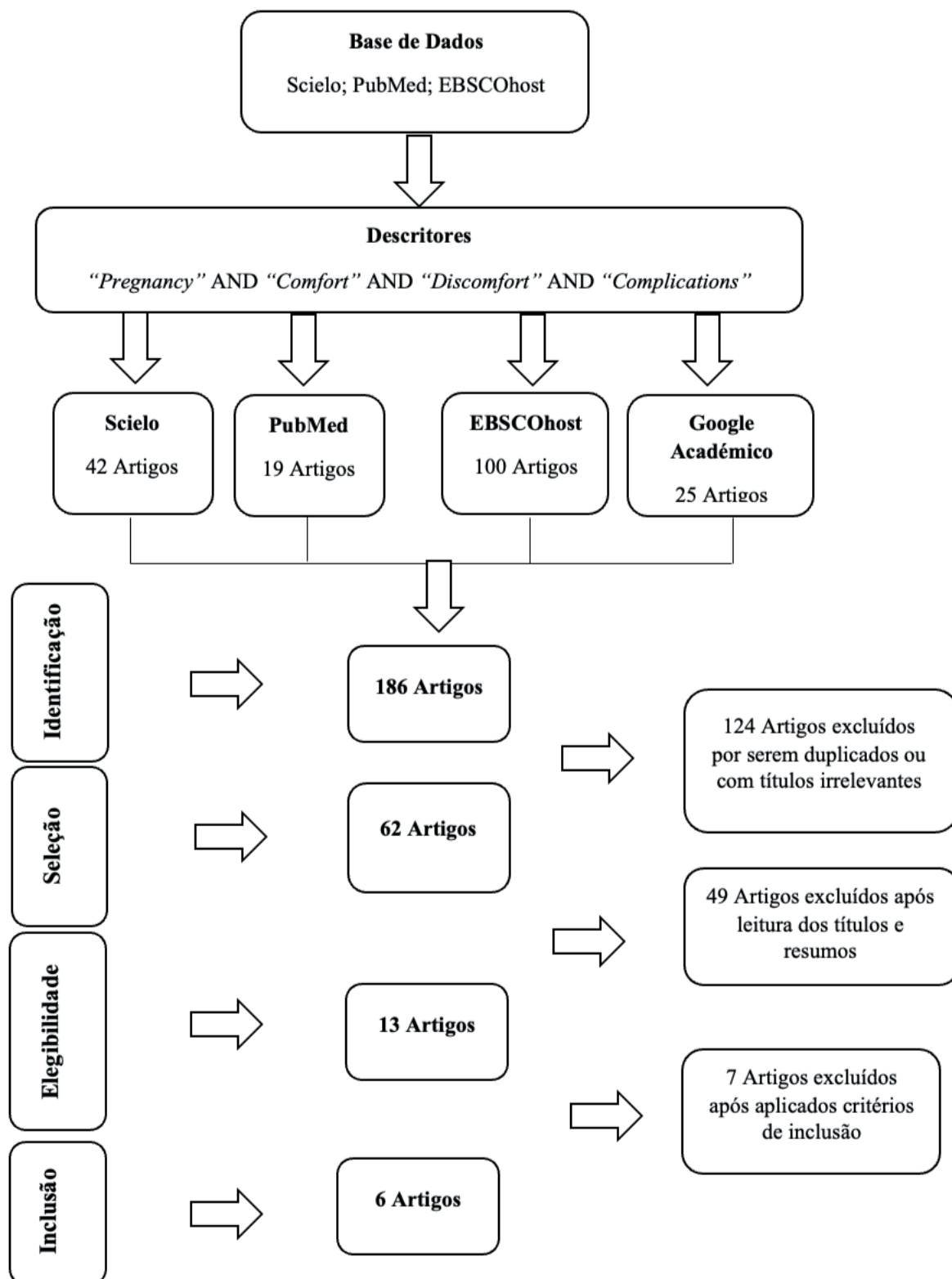
Fonte: Elaborado pelas autoras adaptado de Sousa et al. (2018).

Numa primeira fase, excluíram-se artigos, eliminando os repetidos ou com títulos irrelevantes, tendo-se obtido 62 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos dos mesmos resultaram 13 artigos. Por último, após a leitura integral e aplicando os critérios de inclusão obtivemos 6 artigos para análise profunda e detalhada. Estes artigos foram publicados no intervalo de tempo entre os anos 2008 e 2021.

Baseado na Metodologia PRISMA, apresentamos um fluxograma que representa a seleção feita e os critérios aplicados para o número de artigos final (MOHER *et al.*, 2015, p.338).

Cada artigo foi classificado quanto ao Nível de Evidência segundo Briggs (2013).

Figura 1. Fluxograma PRISMA.



Fonte: Elaboração própria adaptado de Moher et al., (2015).

■ RESULTADOS

Posteriormente à pesquisa de artigos para esta revisão sistemática, foram considerados como pertinentes seis, em que os seus temas visam dar resposta aos objetivos e à questão

de investigação em discussão. Assim, para facilitar a sua compreensão, a tabela seguinte, de forma sintetizada, expõe a informação fundamental de cada um.

Tabela 3. Apresentação dos resultados dos artigos incluídos.

Artigo, Autores Tipo de Estudo e Nível de Evidência Objetivo Estudo Amostra	Desconfortos identificados durante a gravidez Medidas não farmacológicas adotadas Resultados obtidos e Formas de Avaliação
<p>Fatigue in Pregnancy - Bossuah, K. A., 2017 Estudo Qualitativo – Nível de Evidência 3 Objetivo Estudo: Distinguir a fadiga normal das manifestações clínicas e educar as mulheres sobre medidas de autocuidado e quando procurar atendimento médico Amostra: 72 Grávidas</p>	<p>Desconfortos Identificados: Diminuição de energia, do desempenho cognitivo, da capacidade de autocuidado, da resistência muscular com recuperação tardada após esforços físicos; exaustão mental e sono não reparador. Medidas não farmacológicas adotadas: Autocuidado; prática de exercícios de relaxamento como imagens guiadas; exercícios moderados durante 30 minutos; sono adequado entre 7h/8h; evitar exercícios à noite; aumentar a exposição à luz solar; exercícios na bola de pilates; evitar cafeína e ter uma dieta equilibrada. Resultados obtidos e Formas de Avaliação: A fadiga está entre os sintomas mais prevalentes e angustiantes em mulheres grávidas. Classificada na lista dos quatro primeiros sintomas mais frequentes nos três trimestres da gravidez. Leva à redução do desempenho cognitivo da capacidade de autocuidado. Os sintomas variam de cansaço leve a exaustão severa. É um estado mental associado ao <i>stress</i> e à ansiedade. Associa-se a diminuição do sono noturno. Deve-se encorajar o sono noturno ao invés de sesta. Associa-se a sintomas depressivos. Pode ser fisiológica, psicológica e/ou patológica. É benéfico o uso de imagens guiadas para reduzir os fatores de <i>stress</i>. A Avaliação foi realizada através de técnicas de autoajuda recomendada por imagens guiadas.</p>
<p>Using acupressure to minimize discomforts during pregnancy - Silva, F. C. B., Brito, R. S., Carvalho, J. B. L., & Lopes, T. R. G., 2016 Estudo Qualitativo e Descritivo - Nível de Evidência 3 Objetivo Estudo: Descrever as respostas emitidas pelas grávidas e a melhoria dos desconfortos gestacionais, após o uso da técnica de acupuntura Amostra: 15 Grávidas</p>	<p>Desconfortos Identificados: Cansaço nos membros inferiores; câibras; lombalgias; cefaleias; cólicas e fadiga. Medidas não farmacológicas adotadas: Técnica de acupressão, que se baseia no equilíbrio dos canais de energia meridianos. São aplicados estímulos em localizações anatómicas precisas, através de pressão com um ou dois dedos, de intensidade leve ou média, associada à massagem circular na pele, mantendo contacto firme e constante em pontos meridianos específicos que são, na sua maioria, bilaterais. A técnica do estudo foi executada em 4 sessões, ocorridas semanalmente. As grávidas foram questionadas sobre os desconfortos vivenciados, e aplicação de acupressão em pontos específicos relacionados a essas queixas. Resultados obtidos e Formas de Avaliação: As grávidas relatam a obtenção de sensações de conforto, alívio de stress e relaxamento. Este método diminuiu sensações indesejadas dos desconfortos gravídicos: referência positiva à técnica e ao sentimento de bem-estar. As grávidas recomendariam o uso da técnica a outras grávidas. A Acupressão deve ser introduzida no atendimento pré-natal, como recurso terapêutico para o bem-estar da grávida. A Avaliação foi realizada através da aplicação de questionários.</p>

Artigo, Autores Tipo de Estudo e Nível de Evidência Objetivo Estudo Amostra	Desconfortos identificados durante a gravidez Medidas não farmacológicas adotadas Resultados obtidos e Formas de Avaliação
<p>Efeito do exercício físico na dor lombar e nos desconfortos da gravidez - Toledo, D. R. S., 2013</p> <p>Estudo Longitudinal e Exploratório - Nível de Evidência 3</p> <p>Objetivo Estudo: Verificar o efeito de um programa de exercícios físicos específicos nos sintomas de dor lombar e nos principais desconfortos da gravidez</p> <p>Amostra: 12 Grávidas</p>	<p>Desconfortos Identificados: Desalinhamento postural; expansão do abdômen para a frente; desequilíbrio; lombalgias; edemas; alterações do sono provocadas pela dor; câibras; cansaço; insegurança e sonolência.</p> <p>Medidas não farmacológicas adotadas: Programa de exercícios específicos, com duração de 12 semanas, frequência de 3 sessões semanais e duração de 50 minutos em cada sessão. As aulas foram divididas em 3 partes: parte inicial (aquecimento e alongamento); parte principal (exercícios aeróbios e de força) e parte final (relaxamento, exercícios respiratórios e alongamentos). As grávidas foram distribuídas em dois grupos: seis grávidas participaram do grupo intervenção (GI) e seis grávidas participaram do grupo controle (GC).</p> <p>Resultados obtidos e Formas de Avaliação:</p> <p>Pré-intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A maioria das participantes do GI relatou que a sua dor era moderada no momento, enquanto no GC a intensidade da dor ficou entre sem dor e dor leve. - Para os cuidados pessoais, as grávidas do GI revelaram que a dor incomoda na realização dos cuidados diários e que há a necessidade desses cuidados serem realizados lentamente; enquanto o GC relatou cuidar de si normalmente sem que a dor a incomodasse. - O GI relatou dormir menos de 4 horas, por causa das dores, enquanto o GC não relatou interferência da dor no seu sono. - O GI apresentava nível de incapacidade, causado pela dor, classificado como incapacidade intensa; e o GC apresentava incapacidade moderada. - Antes das 12 semanas de intervenção, a intensidade da dor do GI ficou entre moderada e intensa, enquanto o GC estava entre leve e moderada. <p>Pós-intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O GI apresentou diminuição dos incômodos causados pela dor normal, enquanto que o GC, que não realizou os exercícios propostos, mostrou aumento dos sintomas relatados. - O GI passou a apresentar incapacidade moderada e o GC manteve-se no mesmo nível com um ligeiro aumento dos sintomas. - O GI passou a relatar dor entre leve e moderada, enquanto o GC apresentou um aumento na intensidade da dor, que foi classificada como moderada e intensa. - As grávidas também relataram alívio ou diminuição de outros sintomas físicos e psicológicos. - O aumento dos sintomas de dor e dos desconfortos no GC sugere que sem a intervenção esses sintomas tendem a aumentar proporcionalmente ao aumento do período gestacional. - As mulheres que melhoraram as lombalgias apresentaram aumento na flexibilidade da coluna como efeito do exercício físico. - O fortalecimento das musculaturas de suporte e estabilizadoras pode ter melhorado a postura, ou a capacidade da musculatura em suportar as mudanças no centro de gravidade de forma mais eficiente e com menores desvios nas estruturas da coluna. - O programa de exercícios físicos proposto foi eficiente em diminuir a intensidade da dor e o nível de incapacidade decorrente das lombalgias das grávidas. - A Avaliação foi realizada através da aplicação de questionários de Anamnese; Escalas Numéricas de Dor; Oswestry Disability Index (Índice de Incapacidade).
<p>The effect of acupuncture on the relief of physical and emotional discomfort during pregnancy - Martins, E. S., Rocha, L. M. A., Araújo, A. P. J., Tavares, T. M. C. L., Castro, R. C. M. B. C., & Pinheiro, A. K. B., 2020</p> <p>Estudo Transversal - Nível de Evidência 3</p> <p>Objetivo Estudo: Analisar os efeitos da Acupuntura nos desconfortos físicos e emocionais presentes durante a gestação</p> <p>Amostra: 45 Grávidas</p>	<p>Desconfortos Identificados: Gonalgias; câibras; alterações na função intestinal; edema dos membros inferiores; lombalgias; mialgias; alterações do sono; fadiga; cefaleias; stress e alterações de humor.</p> <p>Medidas não farmacológicas adotadas: Técnica de Acupuntura, utilizando pontos na região lombar, pés, pernas e cabeça; pontos Yintang e pontos de auriculoterapia.</p> <p>Foram realizadas 6 sessões em cada grávida, 2 vezes por semana com duração de 30 minutos.</p> <p>Resultados obtidos e Formas de Avaliação:</p> <p>Observação mudanças nos desconfortos físicos e emocionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Físicos – maior relaxamento corporal; alterações positivas relacionadas com o sono; maior energia e disposição para a realização de atividades diárias; melhorias dos sintomas dos padrões de cefaleias, do edema e dor dos membros inferiores, câibras, função intestinal, lombalgias e de outras dores generalizadas. - Emocionais – melhoria do humor; diminuição do stress e ansiedade; aumento da tolerância (paciência). - Aumento da autoconfiança, autoestima, sentimentos positivos, autocontrole, flexibilidade e dor nas articulações. - 100% das grávidas recomendam a acupuntura para aliviar o desconforto gestacional. - A técnica contribuiu positivamente para a melhoria dos sintomas físicos e emocionais referidos pelas grávidas, e pode ser utilizada como alternativa para a promoção da saúde gestacional. - A Avaliação foi realizada através da aplicação de um questionário sobre o perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico e um questionário de avaliação geral da acupuntura.

Artigo, Autores Tipo de Estudo e Nível de Evidência Objetivo Estudo Amostra	Desconfortos identificados durante a gravidez Medidas não farmacológicas adotadas Resultados obtidos e Formas de Avaliação
<p>Skin physiological alterations perceived by pregnant women attended at public health services - Urasaki, M. B. M., 2010</p> <p>Estudo Quantitativo, Descritivo, Exploratório - Nível de Evidência 3</p> <p>Objetivo Estudo: Descrever as alterações cutâneas percebidas pelas grávidas durante a gravidez e verificar o grau de desconforto causado por essas alterações</p> <p>Amostra: 124 Grávidas</p>	<p>Desconfortos Identificados: Hiperpigmentação; manchas; estrias; acne; aumento de cabelo; queda de cabelo; unhas enfraquecidas; varizes; edema; pele seca e pele brilhante.</p> <p>Medidas não farmacológicas adotadas: Tratamento conservador</p> <p>Resultados obtidos e Formas de Avaliação:</p> <p>A maioria das mulheres observou alterações na pele, cabelo e unhas, e uma minoria não constatou nenhuma alteração.</p> <p>A minoria das alterações são: edema, pele seca, pele brilhante, redução de acne, alterações no couro cabeludo e unhas fracas.</p> <p>Nas alterações cutâneas, as pigmentares, nomeadamente manchas, foram as mais frequentes. O cloasma ou melasma gravídico é a alteração mais evidente.</p> <p>A hiperpigmentação é extremamente comum. Representa formas e localizações variáveis com maior ênfase na aureola mamária, genitália, perineo, axilas e parte interna das coxas.</p> <p>Frequentemente a linha alba fica hiperpigmentada, a chamada linha negra.</p> <p>As alterações vasculares foram a segunda modificação mais citada, especificamente varizes e derrames.</p> <p>A terceira alteração mais citada são as estrias, tendo como áreas mais afetadas o abdômen, mamas, braços e costas.</p> <p>O desconforto resultante da pele idealizada <i>versus</i> pele real, pode ser considerado um agente desencadeador de stress, afetando a autoestima e a qualidade de vida.</p> <p>É necessária a realização de atividades educacionais realizadas pelos profissionais de saúde</p> <p>A Avaliação foi realizada através da aplicação de questionário sobre a caracterização do desconforto: (1) sem desconforto; (2) desconforto; (3) extremamente desconfortável; (4) não verbalizado.</p>
<p>Perfil do comportamento sexual na gestação - Savall, A. C. R., Mendes, A. K., & Cardoso, F. L., 2008</p> <p>Estudo Descritivo Transversal - Nível de Evidência 3</p> <p>Objetivo Estudo: Delinear o comportamento sexual de grávidas durante os diferentes períodos do ciclo gestacional</p> <p>Amostra: 40 Grávidas</p>	<p>Desconfortos Identificados: Náuseas; vômitos; fadiga; edemas; sonolência e desconforto corporal.</p> <p>Medidas não farmacológicas adotadas: Intervenções na promoção da qualidade de vida e saúde sexual do casal durante a gestação, de modo a garantir tranquilidade e satisfação sexual.</p> <p>Resultados obtidos e Formas de Avaliação:</p> <p>Presença acentuada de náuseas, vômitos, fadiga, edemas, sonolência e sensibilidade corporal no primeiro e terceiro trimestres e atenuada no segundo.</p> <p>No primeiro trimestre, 40% das grávidas relataram manutenção da frequência sexual, enquanto que outras 40% notaram diminuição da frequência sexual e 10% aumento da frequência sexual em comparação ao período anterior à gestação.</p> <p>No segundo trimestre, 48% declararam manutenção da frequência sexual, enquanto 30% acusaram diminuição da mesma (número menor que o apresentado entre as grávidas do primeiro trimestre) e cerca de 20% (número duas vezes maior que o apresentado no primeiro trimestre) afirmaram ter aumento na frequência sexual.</p> <p>No terceiro trimestre, observou-se um decréscimo para cerca de 20% das grávidas que mantiveram a frequência sexual como antes da gestação, enquanto mais de 60% alegaram ter diminuído sua frequência sexual, e as demais (20%) declararam ter aumentado a frequência ou não responderam à questão, indicando a possibilidade de terem interrompido a atividade sexual durante este período.</p> <p>A disposição sexual da maioria das participantes alterou-se durante o período gestacional, apresentando-se predominantemente diminuída. Já a disposição sexual do parceiro foi relatada por grande parte das participantes como semelhante ao período pré-gestacional. A percepção de beleza pela participante e pelo parceiro manteve-se entre os períodos pesquisados para a maioria das grávidas, embora a percepção pessoal entre as demais participantes se tenha distribuído igualmente entre as que relataram aumento e diminuição, enquanto a percepção do parceiro se apresentou aumentada para 1/3 das participantes e diminuída somente para a minoria.</p> <p>A maioria das grávidas relatou adotar posições sexuais mais confortáveis durante o período gestacional.</p> <p>A sexualidade é afetada em aspetos como a frequência da atividade sexual, a necessidade de adotar posições mais confortáveis ao longo da gestação e a diminuição da disposição da grávida para a atividade sexual. Outros fatores não sofreram alterações significativas, como a percepção de beleza pelo casal, sendo importante para a autoestima e estima sexual do casal.</p> <p>A Avaliação foi realizada através da aplicação de questionários sobre sexualidade na gestação.</p>

Fonte: Elaboração própria.

■ DISCUSSÃO

A gestação é caracterizada como uma experiência significativa e marcante para cada mulher, existindo assim a necessidade de aplicação de estratégias complementares que contribuam para um cuidado mais humanizado (BOCANEGRA *et al.*, 2020).

Os enfermeiros têm funções essenciais no acolhimento e atendimento das mulheres, uma vez que os seus conhecimentos são amplos e direcionados para o cuidado na pessoa (MEDEIROS; FRIAS, 2021). Recorrem à Consulta de Enfermagem para a avaliação integral da mulher, para o seu empoderamento e para que seja protagonista da gestação. Esta, é uma ferramenta primordial, pois permite ao enfermeiro, recolher informações para atuar de forma direcionada às necessidades das mulheres/gestantes. Um acompanhamento pré-natal de qualidade desempenha um papel importante na redução da mortalidade materna e infantil, potencia o atendimento integral e fortalece o cuidado longitudinal, bem como promove uma assistência mais humanizada e científica (REIS, *et al.*, 2017).

Neste sentido, o papel do Enfermeiro, particularmente o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, é valorizado e reconhecido por ser dotado de conhecimentos científicos amplos com base na evidência científica, que permita tomar decisões de relevo na sua prática clínica, para a melhoria dos cuidados prestados (MEDEIROS; FRIAS, 2021; PEREIRA, 2013). Deste modo, surge a necessidade de, a partir dos estudos escolhidos, discutir os resultados obtidos, para validar o seu reconhecimento na eficácia da prática clínica nos principais desconfortos vivenciados pelas grávidas.

De forma a facilitar esta discussão, dividimos os resultados obtidos dos seis artigos em duas temáticas: (1) principais desconfortos vivenciados pelas grávidas e (2) intervenções não farmacológicas holísticas para a redução dos mesmos.

Principais desconfortos vivenciados pelas grávidas: Após análise dos artigos, comprova-se que são várias as alterações que ocorrem no corpo da mulher. Podem assumir-se como principais desconfortos/queixas: fadiga, edemas e cansaço dos membros inferiores, lombalgias, cefaleias, câibras, cólicas, obstipação, alterações do sono, *stress*, alterações de humor, hiperpigmentação, manchas, estrias, náuseas e vômitos. Estas são as alterações mais referidas pelas grávidas, tanto a nível fisiológico como sistémico. São tendencialmente transversais, ainda assim, variam de mulher para mulher e também dependendo do estadio de desenvolvimento em que se encontra a gestação.

Intervenções não-farmacológicas holísticas para a redução dos desconfortos: Sendo a gravidez um período de preparação física, psicológica e emocional para o parto e maternidade, é também um momento ideal de aprendizagem. Assim, a inclusão de intervenções que promovam o empoderamento das grávidas, dotando-as de competências para enfrentar as situações de desconforto, devem ser consideradas pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (FURTADO *et al.*, 2019).

Perante a análise dos artigos em estudo, verificou-se que as grávidas, na sua grande maioria, revelam aspetos positivos com a prática das distintas medidas não farmacológicas, sendo nos desconfortos sentidos e/ou na satisfação pelos momentos proporcionados.

Concluimos assim que, para as grávidas é benéfico a prática de medidas não farmacológicas holísticas. Segundo Furtado, *et al.* (2019), a percepção da importância da inclusão de medidas não farmacológicas faz com que sejam diminuídos os desconfortos vivenciados durante a gravidez.

Segundo Bocanegra *et al.* (2020), o recurso a terapias complementares (não farmacológicas) durante a gravidez é útil para reduzir os diversos desconfortos deste período. Comprovam-se em benefícios materno-fetais, melhorando a experiência quer da gestação, quer do parto (MIRA *et al.*, 2021). Para tal, é necessário que os profissionais de saúde os reconheçam e coloquem em prática nos diferentes ambientes de cuidado. Foi comprovado em diversos estudos baseados em medidas não farmacológicas como massoterapia, hidroterapia, termoterapia, liberdade de movimentos, uso de bolas de pilates, visualização de imagens e musicoterapia resultados benéficos na díade mãe-filho, existindo assim segurança na sua aplicação.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao procedermos a esta revisão evidencia-se que várias são as medidas não farmacológicas holísticas que têm eficácia no alívio dos desconfortos durante a gravidez. Em todos os artigos, independentemente da técnica aplicada, foram comprovadas melhorias nas vivências referidas pelas grávidas, com diminuição dos desconfortos. São técnicas diferenciadas, porém, em cada uma delas, as grávidas referenciam a sua prática como positiva e aconselham-na para outras grávidas.

Assim, considera-se que existem benefícios materno-fetais com a prática de terapias complementares, quer durante a gestação, quer para o momento do parto, com o benefício de ainda, serem técnicas passíveis de continuidade no tempo pós-gestacional. Para que estas terapias sejam exploradas e aconselhadas cada vez mais com qualidade e impacto na qualidade de vida das grávidas, é necessário que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, reforcem as suas competências nestes contextos. Deste modo, será possível implementar medidas não farmacológicas para o alívio dos desconfortos com rigor científico e técnico, obtendo ganhos em saúde seguros.

Os enfermeiros devem destacar o seu papel, reforçando intervenções no âmbito da Educação para a Saúde, de forma que as grávidas tenham conhecimentos relevantes, empoderando-as de modo a que possam tomar decisões conscientes e livres. Desta forma, podem vivenciar a sua gravidez com maior qualidade de vida e satisfação.

Denotou-se como principal limitação nesta revisão a escassa evidência científica, que sustenta de forma uniformizada os vários desconfortos experienciados pelas grávidas e as intervenções a aplicar em diversas áreas possíveis. Ainda assim, existem desconfortos

que são transversais na maioria dos artigos em estudo como é o caso de fadiga, edemas e cansaço dos membros inferiores, lombalgias, cefaleias, câibras, cólicas, obstipação, alterações do sono, *stress*, alterações de humor, hiperpigmentação, manchas, estrias, náuseas e vômitos. É ainda de salientar que todas as técnicas não farmacológicas manifestaram benefícios para as grávidas.

São necessários mais estudos para compreender o contexto e a prática de medidas não farmacológicas eficazes na diminuição dos desconfortos materno-fetais.

Em suma, atendendo aos resultados deste estudo, consideramos um contributo pertinente para a sintetização e determinação de intervenções não farmacológicas para os desconfortos vivenciados pelas grávidas. Expandindo e reforçando o conhecimento nesta área, valoriza-se o papel do Enfermeiro no acompanhamento individualizado à grávida na Consulta Pré-Natal, intervindo de acordo com as suas necessidades específicas se alcançarem repercussões significativas na qualidade de vida da mesma.

■ REFERÊNCIAS

1. BOCANEGRA, B.; SOSA, J.; SIMBAQUEBA, D. Terapias complementarias durante la gestación y parto. Revisión integrativa. **Revista Cuidarte**. v. 11. n. 2. p1-14. 2020. DOI: <http://doi.org/10.15649/cuidarte.1056>
2. BOSSUAH, K. Fatigue in Pregnancy. **International Journal of Childbirth Education**. v. 32. n. 1. p.10-12. 2017. <https://web.s.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=963e3eaf-98f7-4071-ba1d-e24b80857332%40redis&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l-0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=121029063&db=ccm>
3. BRIGGS, J. JBI Levels of Evidence. **Joanna Briggs Institute**. p.1-5. 2013 https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
4. CHARLES, N.; YOUNT, S.; MORGAN, A. Comfort over Pain in Pregnancy. **American Society for Pain Management Nursing**. p.1-7. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2013.03.003>
5. FURTADO, A.; MACHADO, P.; CARNEIRO, M. Técnica de Imaginação Guiada en el manejo de la ansiedad materna durante el embarazo: revisión integradora. **Enfermería Global**. v. 18. n. 1. p. 608-620. 2019. DOI: <http://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.313361>
6. MARTINS, E.; ROCHA, L.; ARAÚJO, A.; TAVARES, T.; CASTRO, R.; PINHEIRO, A. The effect of acupuncture on the relief of physical and emotional discomfort during pregnancy. **Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental**. v. 12. n.1. p.227-232. 2020. DOI: <http://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v12.8263>
7. MEDEIROS, C.; FRIAS, A. Intervenções de enfermagem frente à melhoria de cuidados no aleitamento materno: revisão integrativa. In Ana Frias e Cláudia Agostinho (Org). A Obra Prima: a arte de cuidar no início da vida. Cap. 15 (pp188-207). (2021). Guarujá. São Paulo: **Editora Científica Digital**. DOI: 10.37885/210906173. ISBN: 978-65-5360-021-8.

8. MIRA, J.; QUITO, R.; CAMPEÃO, A.; MOLERO, T.; HIPÓLITO, R.; FRIAS, A. (2021). Métodos não farmacológicos de controlo da dor no trabalho de parto: revisão narrativa de literatura. In Ana Frias e Cláudia Agostinho (Org). A Obra Prima: a arte de cuidar no início da vida. Cap.8 (pp95-110). Guarujá. São Paulo: **Editora Científica Digital**. DOI: 10.37885/211006513. ISBN: 978-65-5360-021-8.
9. MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D. The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **Epidemiol. Serviço Saúde**. p.335-342. 2015. DOI: <http://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>
10. NENÉ, M.; MARQUES, R.; BATISTA, M. **Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**. LIDEL. Lisboa. p.58-65. 2018. ISBN 9789897521461
11. PEREIRA, A. Vivência da Gravidez e Importância atribuída pelas Mães à Consulta de Enfermagem: um estudo de caso numa Unidade de Saúde Familiar **Faculdade de Medicina – Universidade do Porto**. p.1-186. 2013. <https://1library.org/document/qm-3n2v5y-vivencia-gravidez-importancia-atribuida-pelas-maes-consulta-enfermagem.html>
12. REIS, R. S.; RACHED, C. D. O Papel do Enfermeiro no acompanhamento de pré-natal de baixo risco utilizando a abordagem centrada na pessoa – gestante. **International Journal of Health Management Review**. v. 3. n. 2. p.1-32. 2017. DOI: <http://doi.org/10.21902/jhmreview.v3i2.125>
13. SAVALL, A.; MENDES, A.; CARDOSO, F. Perfil do comportamento sexual na gestação. **Fisioterapia Movimento**. v. 21. n.2. p.61-70. 2008. <https://periodicos.pucpr.br/fisio/article/view/19091/18435>
14. SILVA, F.; BRITO, R.; CARVALHO, J.; LOPES, T. Using acupressure to minimize discomforts during pregnancy. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 37. n. 2. p.1-8. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.54699>
15. SOUSA, L.; FRADE, M.; FIRMINO, C.; VALENTIM, O.; MARQUES, J.; ANTUNES, A. Modelos de Formulação da Questão de Investigação na Prática Baseada na Evidência. **Revista de Investigação em Enfermagem**. 2018. p.31-39. <https://www.researchgate.net/publication/325699143>
16. SOUSA, L.; SEVERINO, S.; VIEIRA, C.; ANTUNES, V. A Metodologia da Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. **Revista de Investigação em Enfermagem**. p.17-26. 2017. <https://www.researchgate.net/publication/321319742>
17. TOLEDO, D. Efeito do exercício físico na dor lombar e nos desconfortos da gravidez. **Revista Educação Física UNIFAFIBE**. v 2. n. 2. p.3-12. 2013. <https://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistaeducacaofisica/sumario/29/16122013143644.pdf>
18. URASAKI, M. Skin physiological alterations perceived by pregnant women attended at public health services. **Acta Paul Enfermagem**. v. 23. n. 4. p.19-25. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000400012>

Desconfortos da gravidez e bem estar da mulher grávida: revisão integrativa

| **Ana Isabel Ramalho Galhanas**
Hospital Espírito Santo de Évora, Portugal

| **Ana Maria Aguiar Frias**
Universidade de Évora, Portugal

RESUMO

Na Gravidez há modificações fisiológicas, psíquicas e sociais. Estas modificações vão desde a primeira semana de gestação até ao final da gravidez. Em resposta às necessidades do organismo materno, próprias desta fase, surgem alterações fisiológicas, que poderão alterar o bem-estar da mulher. **Objetivo:** Compreender quais as alterações mais frequentes, sentidas pelas grávidas, com impacto no seu bem-estar e qualidade de vida. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura. Foi realizada a pesquisa de artigos científicos, através da plataforma eletrónica EBSCOhost, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google académico, publicados entre 2010 e 2021. Os artigos selecionados foram aqueles que faziam enfoque a estudos sobre alterações fisiológicas da gravidez e a implicação destas na qualidade de vida da grávida. **Resultados:** foram selecionados 6 artigos que revelam a ocorrência de diversas alterações no sistema cardiovascular, respiratório e gastrintestinal em resposta às necessidades próprias gravidez, provocando sensibilização, sinais e sintomas que interferem no bem-estar da grávida. **Conclusão:** Durante a gravidez, as intervenções de enfermagem são essenciais para evitar complicações. Os profissionais devem identificar essas adaptações, bem como as suas consequências fornecendo orientações que contribuam para o alívio dos sintomas apresentados e possibilitem a compreensão da sintomatologia de forma a que a grávida vivencie este período com melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Bem-Estar, Desconfortos, Grávida, Gravidez, Qualidade de Vida.

■ INTRODUÇÃO

A gravidez é um período de constantes modificações fisiológicas, psíquicas e sociais na vida da mulher. Estas modificações no organismo materno vão desde o início da até ao final da gravidez. As primeiras modificações decorrem no sistema cardiovascular, respiratório e gastrointestinal em resposta às necessidades próprias desta fase, provocando sensibilização e desconfortos, traduzidos por sinais e sintomas que poderão alterar o bem-estar da mulher. Além destas alterações, existe a necessidade de reorganização sendo um momento de grande importância no desenvolvimento emocional da mulher (AGUIAR; AGUIAR; ARAÚJO; COSTA, 2013; FRANÇA; FREIRE; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2010; TOMAZ; SILVA; SILVA, 2020). Durante a gravidez, as intervenções de enfermagem são essenciais para melhorar a qualidade de vida das grávidas de modo a evitar complicações com origem nessas alterações. É da competência do profissional de enfermagem intervir junto da mulher na redução desta sintomatologia. Os profissionais de saúde devem identificar essas adaptações, bem como as suas consequências para a grávida, fornecendo orientações que contribuam para o alívio dos sintomas apresentados e possibilitem a compreensão da sintomatologia pelas gestantes, por forma a vivenciarem este período com menores níveis de ansiedade (AGUIAR; AGUIAR; ARAÚJO; COSTA, 2013; CARTEIRO; TRALHÃO, 2021) Os desconfortos mais frequentes durante este período são as náuseas e vômitos, obstipação, alterações do sono, lombalgia, polaquiúria, o edema e varizes, pirose e cloasma gravídico, debatendo-nos mais especificamente sobre eles (FRANÇA; FREIRE; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2010; TOMAZ; SILVA; SILVA, 2020).

■ METODOLOGIA

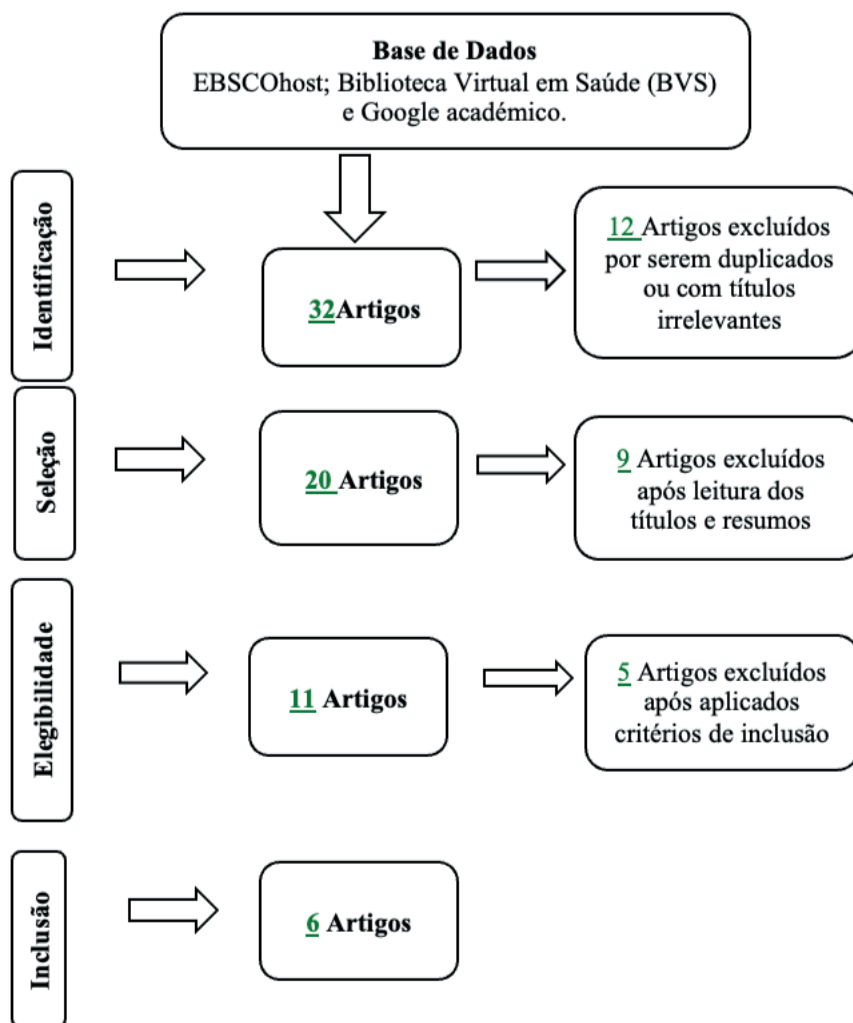
A metodologia utilizada para a realização deste trabalho foi a revisão integrativa da literatura sobre o tema: os desconfortos/queixas mais comuns associados às alterações fisiológicas que surgem no decorrer da gravidez e o impacto destes no bem-estar e na qualidade de vida da gestante. Esta metodologia permite-nos uma síntese de resultados e uma compreensão mais abrangente e profunda da temática. Utilizaram-se as seis etapas preconizadas para a mesma: 1) Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou pesquisa de literatura; 3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) Interpretação dos resultados; e, 6) Apresentação da revisão/síntese do conhecimento (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014; SOUSA *et al.*, 2017).

Foi realizada a pesquisa de artigos científicos, através da plataforma eletrônica nas bases de dados na área da saúde: EBSCOhost, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Acadêmico. Foram pesquisados artigos científicos publicados entre 2010 e 2021 utilizando as seguintes palavras-chave: bem-estar, desconfortos, grávida, gravidez e qualidade de vida.

Foram definidos os critérios de inclusão (artigos disponíveis na íntegra, publicados no idioma português, francês, espanhol, inglês) e todo o tipo de artigo. Como critérios de exclusão: artigos com gravidezes com patologias associadas. Com estes critérios obtiveram-se 32 artigos, após remoção dos duplicados ficaram 20 artigos para análise. Depois da leitura do título e resumo, quando a leitura do título e resumo não eram suficientes, realizou-se à leitura do texto integral do artigo, resultaram 6 artigos, como apresentado no fluxograma, na figura 1.

Selecionaram-se os artigos que continham a melhor abordagem do tema escolhido por forma a atingir o objetivo desta pesquisa. Os artigos escolhidos foram aqueles que faziam enfoque a estudos sobre alterações fisiológicas da gravidez e a implicação destas na qualidade de vida da gestante.

Figura 1. Fluxograma Prisma da Pesquisa.



Fonte: Elaborado pelas autores adaptado de PRISMA (2021).

■ RESULTADOS

Após análise dos seis artigos, apresenta-se na tabela 2 os resultados de forma a facilitar a sua interpretação.

Tabela 1. Dados extraídos dos artigos analisados.

Título (autores, ano) Objetivos	Conclusões
Artigo 1. Os benefícios da massagem terapêutica na gravidez e trabalho de parto Ana Tralhão; Dora Carteiro, 2021 Objetivo: identificar os benefícios da massagem terapêutica na gravidez e trabalho de parto	A gravidez é um processo fisiológico que implica adaptações de comportamentos e hábitos na vida da mulher. Esta fase considerada, também, de transição envolve alterações ao nível físico e psicológico, que podem assumir um carácter patológico. Promover a saúde e bem-estar da grávida e do feto são a prioridade dos cuidados prestados pelos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica (EESMO), minimizando assim os desconfortos durante a gravidez. Na sua prestação de cuidados devem incluir e incentivar terapias não farmacológicas durante a gravidez e trabalho de parto, fornecendo informações científicas, um parto humanizado, redução de terapias farmacológicas e a diminuição da prevalência de ansiedade e depressão pré e pós-natal.
Artigo 2. Náuseas e Vômitos na Gravidez Jorge Vaz, 2019 Objetivo: Compreender a etiologia, fisiopatologia e tratamento dos vômitos na gravidez	A prevalência das náuseas e vômitos na gravidez surge, aproximadamente em 85% das mulheres. O surgimento da gonadotrofina coriônica, o aumento do estrogénio e progesterona evidenciam potencialidades diretas ou indiretas na origem das náuseas, sendo as principais justificativas nesse sentido. O tratamento deste desconforto pode ser dividido em: farmacológico e não farmacológico, dependendo da sua intensidade. Destaca-se como não farmacológicas medidas alimentares, mudanças nutricionais, aromaterapia, acupuntura, hidroginástica e outras atividades físicas de baixo impacto articular, uso de vitaminas como a piridoxina (vitamina B6), ingestão do gengibre que possui leve ação antiemética. Como medidas farmacológicas destaca-se: ondasetron, metoclopramida e anti-histaminicos.
Artigo 3 Principais fatores de risco relacionados à sintomatologia da pirose Ana Fernandes, Beatriz Oliveira, Hanna Medeiros, Maria Petry, Ruth Teixeira, 2021 Objetivo: apresentar os principais fatores de risco envolvidos na sintomatologia da pirose	A pirose consiste num fenómeno fisiológico que provoca uma dor retroesternal com sensação de queimadura, sendo o principal sintoma relacionado às doenças do esófago, atingindo todas as faixas etárias. Tem prevalência global de 11,9%, sendo mais frequente no sexo feminino, estando maioritariamente relacionado com os hábitos alimentares, uso de anti-inflamatórios não esteroidais e a fatores que exerçam pressão intra-abdominal, como obesidade e gravidez. Este desconforto tem um impacto direto na qualidade de vida e pode ser tratado com alteração comportamental ou o uso de fármacos.
Artigo 4 Prevalência de Problemas Urinários em Gestantes Assistidas nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Caruaru Belisa Oliveira, Karina Soares, Nataly Batista, Soraya Barbosa, Victória Souza, 2019 Objetivo: Analisar a prevalência de incontinência urinária em gestantes assistidas nas UBS	Durante o período gestacional o corpo da mulher sofre alterações anatómicas, fisiológicas e hormonais a nível do sistema urogenital, o útero penetra lentamente a cavidade abdominal causando pressão na bexiga, sendo muito flexível na gravidez, sendo notório vários sintomas como o aumento da frequência urinária, urgência miccional ou noctúria, essas modificações podem estender-se até ao momento do pós-parto. Neste estudo o aumento da frequência urinária diurna e a urgência incontinência foram os desconfortos mais frequentes registados pelas grávidas, porém são relatados pelas mesmas como tendo impacto reduzido nas suas atividades diárias.
Artigo 5 Prevenção e tratamento da constipação intestinal da gestante: sob olhar de fisioterapeutas Ana Cardoso, Juliana Moura, 2021 Objetivo: Identificar as condutas adotadas para prevenção e tratamento da obstipação intestinal em grávidas.	A Obstipação intestinal é definida como dificuldade na evacuação, podendo estar diretamente associada a fezes duras, esforço, sensação de evacuação incompleta, desconforto e distensão abdominal. Durante a gravidez, as mudanças hormonais e os efeitos físicos do útero aumentado podem influenciar o trânsito intestinal lento ou agravar uma condição previamente existente. O aumento de progesterona, a diminuição do exercício físico e uma maior ingestão de alimentos ricos em proteínas e gorduras faz com que as mulheres grávidas apresentem uma taxa de prevalência mais alta. Esta condição uma vez associada aos elevados níveis de stress provocado pelas alterações hormonais agravam os problemas físicos e emocionais da mulher, afetando de forma significativa o seu bem-estar. O processo de educação para a saúde torna-se essencial nesta fase para informar a grávida sobre a sua anatomia, ações hormonais fisiológicas, a postura correta e a sua percepção corporal. Os exercícios de mobilidade pélvica tem como objetivo que a grávida identifique os músculos do soalho pélvico, uma vez que uma boa mobilidade pélvica apresenta resultados positivos ao nível do peristaltismo intestinal.

Título (autores, ano) Objetivos	Conclusões
<p>Artigo 6 Fisioterapia na Prevenção de Edema no Período gestacional: Um estudo de Revisão Joelma Silva; Hugo Silva; Renata Tomaz, 2020 Objetivo: Uma revisão da literatura enfatizando as principais técnicas e recursos utilizados em mulheres com varizes durante o período gestacional conhecendo as alterações sistêmicas esperadas nesse período</p>	<p>Durante a gravidez a mulher passa por inúmeras alterações fisiológicas e funcionais, nomeadamente ao nível dos membros inferiores, como dor, fadiga e sensação de peso. As varizes são uma patologia crónica, podendo existir uma perda de função devido a fatores hereditários ou fatores agravantes como o período gestacional, que representa um caráter evolutivo com base no enfraquecimento do tecido elástico e conjuntivo e pelo aumento da pressão venosa devido à compressão exercida pelo útero. Este fenómeno ocorre geralmente na segunda metade da gravidez, sendo justificados pela dificuldade do retorno venoso ao coração. Evidência científica mostra que mulheres numa segunda gravidez apresentam maior incidência em comparação com nulíparas. No que diz respeito ao edema durante a gravidez existem vários fatores que contribuem para este desconforto, como o aumento da permeabilidade e da pressão capilar, compressão das válvulas venosas e disfunções hormonais, existindo uma maior retenção de água, originando edema ao nível dos membros inferiores. Este distúrbio é apontado como um dos maiores desconfortos na gravidez, refletindo-se na diminuição do bem-estar e da qualidade de vida da mulher.</p>

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A gravidez é um período intenso repleto de transformações físicas e emocionais. Especula-se que não exista outro momento da vida em que ocorram tantas mudanças na função e forma corporal num período de tempo tão reduzido. Nesta fase de constantes alterações e adaptações podem ocorrer mudanças físicas, imunológicas, psicológicas, endócrinas, metabólicas e vasculares que levam a alterações fisiológicas podendo levar ao desconforto materno (TOMAZ; SILVA; SILVA, 2020).

A náusea é o desconforto mais frequente durante o 1.º trimestre da gravidez, com uma estimativa de 80-85% das gravidezes associada a vômito em 52% dos casos (VAZ, 2019). As náuseas e vômitos podem surgir em qualquer altura do dia ou da noite, no entanto, as náuseas e vômitos matinais são os mais comuns (REVELL, 2017). Estas, geralmente iniciam-se por volta da 4.º semana de gravidez e terminam ou minimizam-se cerca da 12 semana. Outro dos principais desconfortos mencionados no 1.º trimestre de gravidez é a obstipação. Segundo Huttener, Pergolizzi, Pharmd; Pharmd, Raffa e Zampogna (2015) a prevalência estimada deste desconforto é de 11 a 31%. A obstipação é um problema digestivo muito comum, verificando-se um agravamento durante o período gestacional, possivelmente relacionado com as alterações endócrinas (CARDOSO; MOURA, 2021) No 2.º trimestre da gravidez é frequente o surgimento de varizes e edema nos membros inferiores, que regredem ou desaparecem por completo durante e após o puerpério. A prevalência de varizes durante a gestação varia consoante as características fisiológicas de cada mulher (TOMAZ; SILVA; SILVA, 2020). A prevalência pode chegar a 70% do número de grávidas. Durante o período gestacional, as alterações pigmentares ocorrem em até 90% das grávidas, sendo o melasma o principal representante da hiperpigmentação localizada. Segundo Amaral, Fernandes e Mendonça (2014), o melasma afeta entre 50 e 75% das gestantes, tem início no segundo trimestre e tem uma maior prevalência em mulheres da raça negra.

A pirose é considerada como uma das mais importantes afeições digestivas, tendo por base a incidência, a intensidade dos sintomas e a gravidade das complicações (HENRY

2014; FERNANDES, MEDEIROS; OLIVEIRA; PETRY; TEIXEIRA, 2021). Relativamente ao 3.º trimestre podemos identificar a lombalgia como uma das principais causas de incapacidade física durante a gestação e pode provocar dificuldades na realização de atividades profissionais e de vida diária, alterações no padrão de sono e na qualidade de vida das grávidas (DANTAS; FIGUEIREDO; GIANI; PORTO; RODRIGUES, 2012; FERNANDES; MEDEIROS; OLIVEIRA; PETRY; TEIXEIRA, 2021). Segundo Carteiro e Tralhão, a lombalgia é comum a partir do 2.º trimestre em cerca de 43% das grávidas e a partir do terceiro trimestre em cerca de 48% dessas mulheres ocorre um agravamento da mesma devido ao aumento da sobrecarga dos músculos e ligamentos da coluna vertebral. A maioria das mulheres sofre de distúrbios do sono durante a gravidez e estas mudanças relacionadas com a qualidade do sono são resultado dos elevados níveis hormonais circulantes e das mudanças físicas associadas à gravidez (BHATIA; BHATIA; HASHMI; KHAWAJA, 2016). O aumento da frequência das micções é uma queixa comum na gravidez e ocorre devido a alterações anatómicas e funcionais no aparelho urinário inferior com modificação dos mecanismos normais e com o aparecimento de sintomas urinários (SOARES, 2019).

■ DISCUSSÃO

As náuseas são um dos desconfortos mais comuns na gravidez. A sua origem tem causa desconhecida, mas poderá estar relacionada com a presença da hormona gonadotrofina coriônica humana-HCG (VAZ, 2019). Segundo Revell (2017), as náuseas e vômitos podem servir de forma adaptativa e ter função profilática para remover substâncias potencialmente contaminadas, que provoquem efeitos negativos no embrião em desenvolvimento. A gravidade deste sintoma varia entre as grávidas podendo evoluir para hiperémese gravídica, que se caracteriza por vômitos persistentes, desidratação, cetose, desequilíbrio hidroelectrolítico e perda de peso. A hiperémese gravídica afeta até 2% das mulheres e pode resultar em hospitalização (SCHIFF; DALING, 2004 citado por REVELL, 2017). Este é um dos desconfortos em que mesmo as apresentações mais leves têm impacto na qualidade de vida da grávida e da família, pois provocam ansiedade na mulher, que pode levar a depressões/humor depressivo, faltas no emprego, efeitos negativos nos relacionamentos.

Segundo Dias, Nomura, Saffioti e Zugaib (2011) a obstipação pode ser considerada como a dificuldade na passagem das fezes e movimentos intestinais pouco frequentes, não estando relacionada a causas secundárias subjacentes. Uma das principais causas apontadas é a produção aumentada de progesterona, que através da ativação de receptores de progesterona produz relaxamento das células musculares e evita as contrações uterinas prematuras de modo a manter a gravidez (CARDOSO; MOURA, 2021). Existindo essa diminuição da motilidade intestinal causada pela progesterona que favorece o tempo

de permanência das fezes no intestino, leva a que exista um aumento da reabsorção de água. Como consequência as fezes ficam endurecidas sendo mais difícil evacuar. Outras causas possíveis são a dieta, a suplementação vitamínica com ferro e redução da atividade física (HUTTENER; PERGOLIZZI; PHARMD; PHARMD; RAFFA; ZAMPOGNA, 2015; CARDOSO; MOURA, 2021).

O surgimento do edema dos membros inferiores resulta da dificuldade do retorno venoso ao coração devido à compressão da veia cava pelo útero gravídico. O sangue, ao retomar o curso para os membros superiores encontra resistência o que origina um aumento do extravasamento de líquidos no espaço intersticial. O edema generalizado na ausência de hipertensão e proteinúria resulta da retenção do sódio agravado pela queda da pressão oncótica plasmática, decorrente da hipoalbuminemia gravídica. Por sua vez, as varizes decorrem da fragilidade da parede muscular das veias, do aumento da pressão venosa nos membros inferiores e do fraco tônus muscular, podendo provocar dor, edema e complicações como a tromboflebite OLIVEIRA; FRANÇA; FREIRE; OLIVEIRA, 2010). Segundo Tomaz, Silva e Silva (2020) o desenvolvimento de varizes durante a gravidez pode resultar de três fatores: a idade; o número de gestações e os antecedentes familiares.

O melasma caracteriza-se pela pigmentação irregular, geralmente na face, em mulheres na idade fértil (AVELAR; PURIM, 2012). Na origem desta hiperpigmentação está a elevação dos níveis dos melanocitos, estrógeno e progesterona, existindo uma relação entre o melasma e os fatores hormonais femininos, pois ocorre um desequilíbrio da hormona luteinizante e estradiol sérico (CALVO; DUARTE; MIGLIACCIO; NASCIMENTO, 2016). A origem desta alteração tem vários fatores, podendo estar associada ao uso de anticoncepcionais orais, fatores genéticos e raciais e o grau de exposição solar. O melasma costuma desaparecer completamente até um ano após o parto, no entanto podem prevalecer sequelas antigas em que não retomaram a coloração inicial (CALVO; DUARTE; MIGLIACCIO; NASCIMENTO, 2016; AMARAL; FERNANDES; MENDONÇA, 2014).

A pirose, um outro desconforto comum durante a gravidez apresenta-se como uma manifestação que se inicia no 2.º trimestre, sendo consequência dos elevados níveis de progesterona, originando o relaxamento da porção inicial do estômago permitindo o refluxo gastroesofágico (FERNANDES; MEDEIROS; OLIVEIRA; PETRY; TEIXEIRA, 202). Define-se como sendo a condição que se desenvolve quando o refluxo do conteúdo gástrico causa sintomatologia, sentida como desconforto. Segundo Oliveira, França, Freire e Oliveira (2010), esta situação pode originar outras complicações, pois poderá causar aversão à ingestão alimentar, podendo restringir a dieta em consequência da intensidade da sintomatologia. A pirose e regurgitação são os sintomas mais prevalentes da patologia do refluxo gastroesofágico, tornando-se cada vez mais desconfortável à medida que a gravidez avança e diminui/

termina após o parto. A origem deste fenómeno é multifatorial, podendo estar relacionado com a diminuição da pressão do esfíncter esofágico devido a alterações hormonais e aumento da pressão intragástrica e intra-abdominal em consequência do útero grávidico aumentado (ALVES; BARROS; BRUCH; CALLEGARI-JACQUES; DALL'ALBA; KRAHE, 2015).

A lombalgia, caracterizada pela sua localização na região inferior das costas, pode ser sentida também como uma rigidez (CARTEIRO; TRALHÃO 2021). A lombalgia de natureza intermitente pode ser classificada por dor pélvica, dor lombar ou pela combinação de ambas e pode irradiar para os glúteos e membros inferiores causando dificuldades na marcha e na postura estática (AZEVEDO; HOBBO, 2015). Das alterações anatomofisiológicas que afetam o sistema musculoesquelético e que provocam dor lombar, destacam-se as posturais. O aumento do abdômen provocado pelo crescimento constante do útero e o aumento de volume das mamas leva ao deslocamento do centro da gravidade com a inclinação posterior da região torácica e acentuação da lordose lombar. A libertação de hormonas como a relaxina e o estrogénio provocam frouxidão nos ligamentos o que também contribui para esta alteração a nível da coluna (GIMENEZ *et al.*, 2008 citado por AZEVEDO; HOBBO, 2015). A hormona relaxina pode ser responsável pelo aparecimento da lombalgia logo no início da gestação, uma vez que produzida pelo corpo lúteo no 1.º trimestre de gestação, atua diretamente sobre os ligamentos pélvicos e sínfise púbica (CARTEIRO; TRALHÃO, 2021).

O Aumento da frequência de micções é outro desconforto que ocorre durante o período gestacional, afeta a qualidade de vida da mulher e pode causar constrangimento e limitação das atividades habituais da mesma. No 1.º trimestre de gravidez este sintoma é devido à compressão da bexiga pelo útero em crescimento e pelo mesmo motivo também comum no 3.º trimestre, sobretudo quando a cabeça do feto se encaixa na pelve (FRANÇA; FREIRE; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2010; SOARES, 2019).

Sobre distúrbios do sono, na fase inicial da gravidez, a gestante apresenta uma hipersónia com possibilidade de evolução para insónias e despertares frequentes no final da gravidez (CALHEIROS; CARVALHO; GRIJÓ; LEITE; RODRIGUES; SILVA; VILELA, 2013). O sono é importante para a preservação da memória, para a regulação da temperatura corporal e para o restabelecimento energético verificando-se que a diminuição do tempo de sono pode dar origem a modificações no funcionamento físico, ocupacional, cognitivo, social e levar ao cansaço mental (CRUDE; GIMENEZ; MEDIOTTI; MONTEIRO; PUGLIA; TONET, 2013). A privação temporária ou prologada do sono aumenta o risco de situações adversas para grávidas tais como: dificuldade para realização de tarefas do quotidiano, diminuição do desempenho no trabalho, irritabilidade, dificuldades de concentração, inquietação, aumento do cansaço e menor tolerância à dor (CALHEIROS, *et al.*, 2013). O aumento da sonolência verificado no 1.º trimestre, principalmente durante o dia, deve-se ao aumento dos níveis de

progesterona. Também as náuseas e vômitos, a dor, os movimentos fetais e o refluxo gastroesofágico podem prejudicar a qualidade do sono (BHATIA; BHATIA; HASHMI; KHAWAJA, 2016). Para Calheiros *et al.* (2013). Os fatores interferentes na qualidade do sono da gestante no 2.º e 3.º trimestre são: a nictúria, a lombalgia, o desconforto posicional provocado pelo aumento do volume abdominal, as câibras nos membros inferiores e o medo e ansiedade relacionados com o trabalho de parto e com a saúde do bebê.

■ CONCLUSÃO

A gravidez, como já descrito anteriormente é uma fase de constantes mudanças biopsicossociais para a mulher e respetiva família. Durante esta fase, vão surgir alguns desconfortos associados a determinadas fases da gestação que afetam o bem-estar da mulher, tornando-se assim fundamental que o enfermeiro tenha conhecimentos sobre o processo fisiológico da gravidez e sobretudo, que saiba dar resposta, conseguindo minimizar os desconfortos sentidos pela grávida de forma a potenciar novas aprendizagens, tendo como objetivo uma gravidez mais segura e tranquila, visando evitar futuras complicações.

Neste sentido, destaca-se a importância da educação para a saúde como a intervenção mais eficaz da nossa classe profissional. As intervenções de enfermagem no contexto da gravidez são essenciais para melhorar a qualidade de vida das gestantes e evitar complicações futuras com origem nessas alterações, sendo da competência do enfermeiro intervir junto da mulher na redução dos desconfortos, já que estes podem limitar a qualidade de vida das gestantes em causa. Perante a importância do tema para a qualidade de vida das grávidas e segundo a revisão da literatura que serviu de base para a elaboração da pesquisa sobre os desconfortos mais frequentes, focamo-nos então nos desconfortos acima referidos não só para enriquecer este trabalho, como também para melhorar o nosso nível de conhecimento na prática profissional, que consideramos de extrema importância.

■ REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, N; AGUIAR, R.; , M.; COSTA, M. Orientações de Enfermagem nas Adaptações Fisiológicas da Gestação. **Cogitare Enferm**, pp.527-31, 2013.
2. ALVES, B.; BARROS, S.; BRUCH, J.; CALLEGARI-JACQUES, C.; DALL'ALBA, V.; KRAHE, C. Health-related quality of life of pregnant women with heartburn and regurgitation. **Researchgate**: Arquivos de Gastroenterologia, pp. 100-103, 2015.
3. AMARAL, W.; FERNANDES, L.; MENDONÇA, C. Alterações dermatológicas na gravidez: uma revisão da literatura. **Revista FEMINA**, pp. 102-107, 2014.

4. AVELAR, M.; PURIM, K. Fotoproteção, melasma e qualidade de vida da gestante. **Revista Bras Ginecol Obstet**, pp. 228-34, 2012.
5. AZEVEDO, M; HOBBO, T. Lombalgia gestacional: prevalência, características e a interferência nas principais atividades da vida diária. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 13, n. 2. pp: 71-78, 2015.
6. BHATIA, S; BHATIA, S; HASHMI, A; KHAWAJA, I. Insomnia during Pregnancy: Diagnosis and Rational Interventions. **Pak J Med Sci** Vol. 32 No. 4, pp:1030-1037, 2016.
7. CALHEIROS, C.; CARVALHO, F.; GRIJÓ, D.; LEITE, E.; RODRIGUES, E.; SILVA, M.; VILELA, S. Fatores que interferem na qualidade do sono da gestante no segundo e terceiro trimestre gestacional. **Revista de Enfermagem UFPE**, pp. 6808-6813, 2013.
8. CALVO, F.; DUARTE, I.; MIGLIACCIO, V.; NASCIMENTO, T. Melasma durante o ciclo gravídico puerperal. **Revista Saber Científico**. pp.1-4, 2016.
9. CARDOSO, A.; MOURA, J. Prevenção e tratamento da constipação intestinal da gestante: sob olhar de fisioterapeutas. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, pp: 1-7, 2021.
10. CARTEIRO, D.; TRALHÃO, A. Os benefícios da massagem terapêutica na gravidez e trabalho de parto. **Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras** Vol. 21, N.º 1, pp. 57-69, 2021.
11. CRUDE, L.; GIMENEZ, M.; MEDIOTTI, F.; MONTEIRO, S.; PUGLIA, M.; TONET, S. Qualidade de Vida em Gestantes com Alterações do Sono. **Revista Neurociências**, 21(2), pp.6, 2013.
12. DANTAS, E; FIGUEIREDO, N; GIANI, T; PORTO, F; RODRIGUES, W. Lombalgia na Gravidez: Impacto nas atividades de vida diárias. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online**. volume4. pp: 2921-26, 2012.
13. DIAS, M.; NOMURA, R.; SAFFIOTI, R.; ZUGAIB, M. Constipação intestinal e gravidez. **Revista FEMINA**, pp.163-168, 2011.
14. ERCOLE, F.; MELO, L.; ALCOFORADO, C. Revisão integrativa versus revisão sistemática, **Revista Mineira de Enfermagem**, v.18, n.1, p. 9-12, 2014.
15. FRANÇA, B.; FREIRE, K.; OLIVEIRA, E.; OLIVEIRA, G. Intervenções De Enfermagem Nas Adaptações Fisiológicas Da Gestação. **Revista Eletronica de Ciências**. pp.59-66, 2010.
16. FERNANDES, A; MEDEIROS, H; & OLIVEIRA, B; PETRY, M.; TEIXEIRA, R. Principais fatores de risco relacionados à sintomatologia da pirose. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.5, p. 18909-18920, 2021.
17. HENRY, M. Diagnóstico e tratamento da doença do refluxo gastroesofágico. **Revista ABCD Arq Bras Cir Dig** vol27. pp:210-215, 2014.
18. HUTTENER, R.; PERGOLIZZI, V.; PHARMD, Z.; PHARMD, B.; RAFFA R.; ZAMPOGNA, G. Management of opioid-induced constipation in pregnancy: a concise review. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, pp. 615-619, 2015.

19. SOARES, K. Prevalência de Problemas Urinários em Gestantes Assistidas nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Caruaru-PE. **Repositorio.asc.es.edu.br**. pp.1-11, 2019.
20. SOUSA, L. *et al.* Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem, **Revista Investigação Enfermagem**, série II, v.21, p.17-26, 2017.
21. REVELL, M. Self-Care of Nausea and Vomiting in the first trimester of pregnancy. **International Journal of Childbirth Education**, pp. 35-38, 2017.
22. TOMAZ, R; SILVA, H.; SILVA J. Fisioterapia na prevenção de edema no período gestacional: um estudo de revisão. **Revista Carioca de Educação Física**, vol. 15, Número 1. pp: 3-15, 2020.
23. VAZ, J. Náuseas e vômitos na gravidez. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, **Revista FEMINA**. pp: 52-54, 2019.

O exercício físico na gravidez: uma revisão sistemática da literatura

| Daniela Maria Bicho Alves

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Portugal

| Raquel Sofia Guerreiro Pacheco

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Portugal

| Ana Maria Aguiar Frias

Universidade de Évora, CHRC, Portugal

RESUMO

A gravidez é uma condição única para cada mulher, podendo ser acompanhada de alguns desconfortos inerentes. A prática de exercício físico traz inúmeros benefícios conhecidos nas variadas dimensões do ser biopsicossocial para o indivíduo. Durante a gravidez é uma prática que suscita ainda alguma renitência associada ao desconhecido e/ou receio. O objetivo deste estudo foi avaliar se a prática de exercício é uma intervenção segura e benéfica para o bem-estar da grávida, através de uma revisão sobre estudos relativos à influência do exercício físico na gravidez. Foi realizada pesquisa em três bases de dados científicas, MEDLINE Complete, CINAHL Complete e Cochrane Central Register of Controlled Trials, por três autores de forma independente. Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, elegeram-se 6 estudos para inclusão na presente revisão. Vários benefícios relativos à prática de exercício foram evidenciados, tanto a nível físico para a grávida e feto, como a nível psicológico, sendo reportado o bem-estar como a condição mais relevante e transversal a todos os estudos. O exercício físico adequado à gravidez consiste numa prática segura com efeitos benéficos para a grávida. Benefícios anatomofisiológicos, mas sobretudo a nível do bem-estar geral, sentimentos e qualidade do sono foram descritos, exercendo estes últimos grande influência a nível psicológico e atuando de forma preventiva a várias desordens psicológicas. Comprovou-se a importância que a educação para a saúde tem na adesão à prática de exercício pela grávida, assumindo-se a necessidade de criação de estratégias que visem a atuação do profissional neste âmbito.

Palavras-chave: Atividade Física, bem-Estar, Benefícios, Exercício Físico, Gravidez.

■ INTRODUÇÃO

A gravidez é uma condição onde a mulher grávida sofre uma série de alterações anatômicas e fisiológicas ao longo de nove meses. Estas alterações e adaptações anatomofisiológicas podem conduzir a alguns desconfortos e problemas. Alguns destes problemas chegam mesmo a provocar alterações no seu quotidiano, influenciando assim a qualidade de vida da grávida (GREGG, *et al.*, 2017). Deste modo, é de extrema importância adaptar os hábitos de vida e procurar soluções para as situações que possam causar mais desconforto. Uma das atividades que podem ser desenvolvidas para melhorar a condição da grávida e minimizar os seus desconfortos/problemas prende-se com a prática de exercício físico (RODRÍGUEZ-BLANQUE, *et al.*, 2020).

O exercício físico é um tipo de atividade física que consiste em movimentos corporais planeados, estruturados e repetitivos, realizados para melhorar e/ou manter um ou mais componentes da aptidão física, ou seja, melhorar e/ou manter a capacidade de realizar as tarefas diárias com vigor e alerta, sem fadiga indevida e com ampla energia para desfrutar das atividades de lazer e atender a emergências imprevistas. Este conceito de exercício físico difere do conceito de atividade física, embora sejam frequentemente utilizados como sinónimos, sendo a atividade física definida como qualquer movimento corporal produzido pela contração dos músculos esqueléticos, que resulta em um aumento substancial das necessidades calóricas em relação ao gasto energético em repouso (COLÉGIO AMERICANO DE MEDICINA DESPORTIVA, 2021).

Está comprovado que a atividade física regular quando praticada de forma adequada durante a gravidez, ajuda a prevenir e controlar doenças não transmissíveis, como doenças cardíacas, doenças cerebrovasculares, diabetes e vários tipos de cancro. Ajuda a prevenir a hipertensão arterial, manter o peso corporal saudável, contribui para a melhoria da saúde mental, a qualidade de vida e o bem-estar físico, emocional, psíquico e social tanto da mulher em si, como do seu núcleo familiar (GREGG, *et al.*, 2017).

Adicionalmente, advoga-se que o exercício físico facilita o trabalho de parto, pois não só contribui para o nascimento de recém-nascidos de menores dimensões, que tendencialmente se mantêm dentro dos parâmetros considerados normais, como também contribui para o aumento da resistência e da elasticidade do períneo, reduzindo as suas lacerações ou a necessidade de episiotomias no momento do parto (RODRÍGUEZ-BLANQUE, *et al.*, 2020).

É desta forma, que consideramos a pertinência deste tema, sendo o propósito desta revisão perceber, à luz da mais recente evidência científica, se a prática de exercício físico é segura e benéfica durante a gravidez e identificar quais os benefícios mais importantes, dando assim o nosso contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à mulher grávida na nossa prática clínica.

■ METODOLOGIA

Esta revisão sistemática da literatura pretende analisar a relação entre a prática segura de atividade de física e o bem-estar materno. Inclui a formulação de uma pergunta de investigação, a pesquisa em bases de dados científicas, a identificação de critérios para a inclusão e exclusão de estudos, a seleção dos estudos identificados, a sua análise e interpretação e a sistematização e apresentação dos resultados obtidos.

Para a formulação da pergunta de investigação recorreu-se à mnemónica PICO (P-Population; I-Intervention; C-Comparison; O-Outcomes). A pergunta formulada e que pretende dar resposta ao objetivo delineado para esta revisão, é a seguinte: Será que a prática de atividade física (Intervention), por parte da grávida (Population), é uma intervenção segura com efeitos benéficos para o seu bem-estar (Outcomes)?

Tabela 1. Itens da pergunta PICO.

POPULAÇÃO	GRÁVIDAS
INTERVENÇÃO	PRÁTICA DE ACTIVIDADE FÍSICA
COMPARAÇÕES	-----
OUTCOMES/RESULTADOS	BEM-ESTAR

Fonte: elaboração própria.

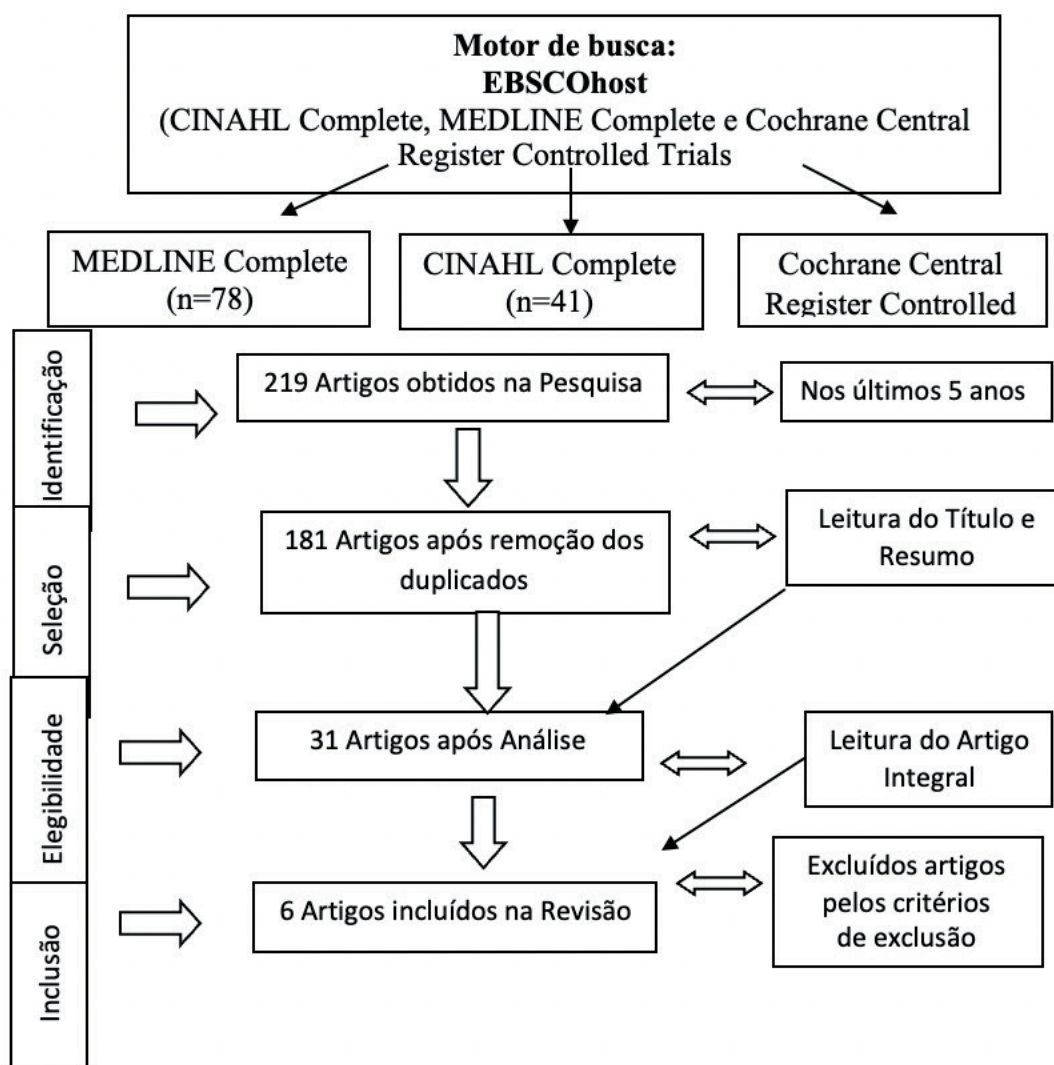
A pesquisa foi realizada no motor de busca EBSCOhost, através do acesso disponibilizado pela área reservada da página da ordem dos enfermeiros, tendo-se selecionado as bases de dados científicas, MEDLINE Complete, CINAHL Complete e Cochrane Central Register of Controlled Trials e um período de pesquisa compreendido entre Janeiro de 2016 a Novembro de 2021. As palavras selecionadas e utilizadas como descritores foram “Pregnant”, “Pregnancy”, “Prenatal”, “Physical Exercise”, “Physical Activity”, “Physical Training”, “Well being”. Estes foram conectados com recurso aos operadores booleanos AND e OR na seguinte disposição: Pregnant OR Pregnancy OR Prenatal AND Physical Activity OR Physical Exercise OR Physical Training AND Well being.

A pesquisa inicial realizada por três autoras de forma independente resultou em 219 resultados, MEDLINE Complete (n=78), CINAHL Complete (n=41) e Cochrane Central Register of Controlled Trials (n=100). Após remoção de duplicados (n=38), obtivemos um somatório de 181 artigos para análise. Prossequimos com uma análise em duas fases de forma independente por três autores, em que a primeira consistiu na leitura do título e do resumo que possibilitou a identificação de 31 artigos potencialmente relevantes para o estudo e a segunda fase na leitura integral destes 31 que possibilitou identificar 6 estudos para inclusão da presente revisão.

Como critérios de inclusão, considerámos qualquer artigo que estabelecesse uma relação entre o exercício físico e a gravidez, apresentando uma metodologia e descrição da mesma, bem como os resultados. Foram desta forma excluídos resultados que não disponibilizavam o artigo integral, que não avaliavam a relação exercício físico e gravidez e artigos que constituíam protocolos para futuros estudos.

A seleção dos artigos encontra-se esquematizada na Figura 1, de acordo com o diagrama “Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA)” (PAGE *et al.*, 2021).

Figura 1. Fluxograma Prisma da Pesquisa.



Fonte: Elaboração Própria.

Após análise dos seis estudos elaborou-se a tabela 2 para apresentação de resultados de forma a facilitar a sua interpretação. Os artigos selecionados para esta revisão encontram-se classificados por níveis de evidência segundo o Método *Joanna Briggs Institute*.

Tabela 2. Quadro síntese dos estudos.

<p style="text-align: center;">ARTIGO 1</p> <p>What is the effect of regular group exercise on maternal psychological outcomes and common pregnancy complaints? An assessor blinded RCT</p> <p>Qual é o efeito do exercício regular em grupo nos resultados psicológicos maternos e nas queixas comuns de gravidez? Um avaliador cego RCT (Haakstad et al., 2016).</p> <p>Nível 1.c de evidência segundo <i>Joanna Briggs Institute</i></p>	<p>Amostra Para este estudo foram escolhidas 105 grávidas nulíparas sem prática regular de qualquer tipo de atividade física. Com idade média de 30,7 anos e IMC pré-gravidez 23,8Kg/m².</p> <p>Objetivo Examinar o efeito do exercício físico em grupo supervisionado sobre os resultados psicológicos nas mulheres grávidas e nas queixas mais comuns. Tipo de exercício: 60' de aula fitness, 40' de treino de resistência, 20' de treino de força e alongamento, 2 vezes por semana, durante 12 semanas. Avaliação antes e depois da implementação da intervenção.</p> <p>Resultados As grávidas que praticam exercício físico fazem uma melhor avaliação da sua saúde no geral do que as mulheres grávidas que não praticam. Verificou efeitos benéficos a nível da redução do nível de cansaço relacionado com as suas atividades de vida diárias e diminuição de sentimentos negativos como tristeza, ansiedade e/ou depressão.</p> <p>Conclusões A prática regular de exercício físico durante a gravidez, melhora significativamente a condição geral da grávida, tanto a nível físico como psicológico, melhorando significativamente o seu bem-estar e a sua qualidade de vida.</p>
<p style="text-align: center;">ARTIGO 2</p> <p>Effect of a gymnastics program on sleep characteristics in pregnant Women</p> <p>Efeito de um programa de ginástica nas características do sono em mulheres grávidas (Kocsis et al., 2017).</p> <p>Nível 1.c de evidência segundo <i>Joanna Briggs Institute</i></p>	<p>Amostra Selecionadas 132 grávidas saudáveis, entre as 18-22 semanas de idade gestacional, alocadas em dois grupos, 1.º grupo com 79 grávidas e o 2.º grupo com 53 grávidas.</p> <p>Objetivo Investigar o efeito de um programa de exercício físico regular, específico e a médio prazo, sobre as características do sono em grávidas saudáveis. O primeiro grupo foi submetido a um programa específico de ginástica durante 10 semanas e o 2.º grupo é o grupo de controlo, que não realizou qualquer exercício. Avaliação por questionário antes e depois da intervenção, sobre dados gerais, características do sono e estado psicoemocional.</p> <p>Resultados Evidência de piora significativa no grupo de controlo de 12 dos 14 parâmetros avaliados, nomeadamente, deterioração do estado psicoemocional (nível de stress e ansiedade) e uma atenuação significativa dos problemas do sono inerentes com a progressão da gravidez. Não houve diferença no aumento da quantidade de sono diurno e noturno em ambos os grupos.</p> <p>Conclusões O programa de treino instituído nas grávidas revelou um efeito benéfico geral nas características do sono, não na sua melhoria, mas atenuando os efeitos negativos inerentes à progressão da gravidez. Com este estudo houve evidência de que a prática de exercício físico específico e adequado durante a gravidez, tem benefícios a nível psicoemocional e no bem-estar geral da grávida.</p>
<p style="text-align: center;">ARTIGO 3</p> <p>Health Promoting Behaviors and Self-efficacy of Physical Activity During Pregnancy: An Interventional Study</p> <p>Comportamentos promotores de saúde e autoeficácia da atividade física durante a gravidez: um estudo intervencionista (Ghahremani et al., 2017).</p> <p>Nível 1.c de evidência segundo <i>Joanna Briggs Institute</i></p>	<p>Amostra Grupo de 78 mulheres grávidas selecionadas por meio de uma amostragem em vários estágios e foram divididas em 2 grupos de 39 grávidas, de forma aleatória.</p> <p>Objetivo Investigar o efeito da educação em saúde nos comportamentos de promoção da saúde em mulheres grávidas, no sul do Irão. Sendo que o grupo de intervenção aprendeu atividades físicas e comportamentos de saúde em 6 sessões.</p> <p>Resultados Após a intervenção, o nível médio de comportamentos promotores de saúde e a autoeficácia na atividade física aumentou no grupo de intervenção e verificou-se que estes estavam relacionados com a atividade física.</p> <p>Conclusões O treino baseado na teoria da autoeficácia, conduz a um aumento do nível de comportamentos promotores da saúde, em especial, na atividade física e nas habilidades motivacionais (autocontrolo e sentimento de autoeficácia). Há evidência de que criar e manter comportamentos promotores da saúde de forma regular, aumenta a saúde e o bem-estar materno-fetal.</p>

<p style="text-align: center;">ARTIGO 4</p> <p style="text-align: center;">Water Exercise and Quality of Life in Pregnancy: A Randomised Clinical Trial</p> <p>Exercício na água e a qualidade de vida na gravidez: um ensaio clínico randomizado (Rodríguez-Blanco et al., 2020).</p> <p>Nível 1.c de evidência segundo <i>Joanna Briggs Institute</i></p>	<p>Amostra Foram selecionadas aleatoriamente 129 mulheres grávidas para a realização deste estudo.</p> <p>Objetivo Analisar a qualidade de vida da grávida após um programa de atividade física na água durante 12 semanas, 1 vez por semana, entre a 20.ª semana e a 36.ª semana de gravidez. Avaliação por meio de questionário que mede o índice de bem-estar, na 12.ª semana e na 35.ª semana.</p> <p>Resultados O exercício na água não influenciou de forma negativa o tempo de duração da gravidez. Os recém-nascidos cujas mães praticam exercício físico têm um peso ao nascer inferior ao das mães que não praticam qualquer exercício, mantendo-se dentro dos valores considerados normais. As mulheres que participaram no programa de exercício físico aquático na gravidez (SWEP) têm melhores resultados no estado do períneo e na redução da necessidade de realizar episiotomias e ocorrência de lacerações durante o parto.</p> <p>Conclusões A realização de exercício na água pela grávida influencia o seu bem-estar físico e psicológico, melhorando o seu humor, os seus padrões de sono e aumentando a capacidade de concentração. Tem também a capacidade de prevenir complicações relacionadas com a gestação, com o parto e o pós-parto.</p>
<p style="text-align: center;">ARTIGO 5</p> <p style="text-align: center;">Effect of supervised group exercise on psychological well-being among pregnant women with or at high risk of depression (the EWE Study): A randomized controlled trial</p> <p>O efeito do exercício supervisionado em grupo, no bem-estar psicológico em grávidas, com ou com alto risco de depressão (Estudo EWE): um ensaio clínico randomizado (Broberg et al., 2020).</p> <p>Nível 1.c de evidência segundo <i>Joanna Briggs Institute</i></p>	<p>Amostra 714 grávidas avaliadas para elegibilidade, das quais 647 foram convidadas a participar, ficando com uma amostra de 282 grávidas, posteriormente divididas de forma aleatória em 2 grupos: grupo de intervenção constituído por 143 grávidas e o grupo de controlo com 139 grávidas.</p> <p>Objetivo Avaliar o efeito do exercício em grupo supervisionado sobre o bem-estar psicológico e nos sintomas de depressão entre mulheres grávidas, com ou sem alto risco de depressão. Mulheres grávidas com idade gestacional entre as 17-22 semanas, com história atual ou anterior de depressão e/ou ansiedade que receberam tratamento nos últimos 10 anos, ou estavam medicadas com antidepressivos 3 meses antes ou durante a gravidez, foram aleatoriamente selecionadas para 12 semanas de exercício, durante 2 semanas.</p> <p>Resultados O resultado primário demonstrou bem-estar psicológico auto relatado entre as 29-34 semanas de gestação, avaliado pelos cinco itens da Organização Mundial da Saúde Índice de bem-estar (OMS-5), nas grávidas que compareceram a ≥75 sessões. Os resultados secundários incluíram bem-estar psicológico auto relatado (OMS-5), nas 8 semanas após o parto.</p> <p>Conclusões O exercício em grupo supervisionado não melhorou o bem-estar psicológico para as mulheres com alto risco de depressão com idade gestacional entre as 29-34 semanas, no entanto, 8 semanas após o parto, o grupo de intervenção relatou um nível psicológico significativamente maior de bem-estar do que o grupo de controlo. O exercício físico em grupo supervisionado é um recurso para tratamento complementar seguro, juntamente com o cuidado pré-natal existente.</p>
<p style="text-align: center;">ARTIGO 6</p> <p style="text-align: center;">Exercise intervention in Pregnancy: A feasibility study in Thailand</p> <p>Intervenção de exercício na gravidez: um estudo de viabilidade na Tailândia (Klankhajhon et al., 2021).</p> <p>Nível 1.c de evidência segundo <i>Joanna Briggs Institute</i></p>	<p>Amostra Selecionadas aleatoriamente 61 grávidas com idade gestacional entre as 12-16 semanas.</p> <p>Objetivo Determinar a aceitabilidade de um programa baseado em orientações para a prática de exercício durante a gravidez e avaliar os seus efeitos, durante 10 semanas. Realizada avaliação antes e depois da implementação da intervenção.</p> <p>Resultados O grupo de intervenção teve menor ganho de peso gestacional e um valor de pressão arterial sistólica mais baixo, relativamente ao grupo de controlo. Aumento da aptidão física, redução dos desconfortos associados à gravidez, sentimento de revigoração e relaxamento, redução dos níveis de stress, ansiedade e insónia, melhor aparência corporal durante a gravidez e pós-parto. Existe um maior nível de adesão quando na mesma consulta de vigilância pré-natal, se incorpora a intervenção para a promoção da prática de exercício físico.</p> <p>Conclusões Existe viabilidade em realizar estudos de maiores dimensões, de modo a promover e melhorar o comportamento relativamente à prática de exercício pelas mulheres grávidas, pelos inúmeros benefícios verificados.</p>

Fonte: Elaboração Própria.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

De forma a facilitar a interpretação dos resultados considerámos pertinente esquematizar em tabela os principais benefícios encontrados nos estudos anteriores.

Tabela 3. Principais benefícios da prática de exercício físico durante a gravidez.

	Sentimentos (cansaço, humor, tristeza, ansiedade e stress)	Bem-estar físico e/ou psicológico	Aspetos físicos (TA, peso gestacional e/ou fetal, aptidão física, parto pré-termo, DG, RCIU)	Sono	Outros
ARTIGO 1 (Haakstad, et al., 2016)	X	X			
ARTIGO 2 (Kocsis, et al., 2017)	X	X		X	
ARTIGO 3 (Ghahremani, et al., 2017)		X			Autoeficácia
ARTIGO 4 (Rodríguez-Blancue, et al., 2020)	X	X	X	X	Períneo
ARTIGO 5 (Broberg, et al., 2020)		X			
ARTIGO 6 (Klankhajhon, et al., 2021)	X		X	X	Adesão

Fonte: Elaboração Própria.

Após análise dos resultados verificámos que em cinco dos seis estudos houve relato de benefícios a nível do bem-estar físico e/ou psicológico, sendo este o benefício mais evidenciado no conjunto dos estudos. Para a World Health Organization (1948), o bem-estar é parte essencial e imprescindível para definir o conceito de saúde, ou seja, para definirmos saúde é preciso termos presente não apenas a ausência de doença, mas também uma situação plena de bem-estar físico, psíquico e social. Haakstad, *et al.* (2016) refere que o bem-estar é alcançado pela grávida quando através da prática de exercício físico há diminuição de sentimentos negativos como a tristeza e a ansiedade e redução do nível de cansaço para realizar as tarefas de vida diárias.

Durante a gravidez podem surgir alterações significativas no padrão de sono, afetando a sua qualidade e trazendo desta forma distúrbios com prejuízo para o bem-estar materno-fetal, tais como, aumentar o risco de restrição de crescimento intrauterino (RCIU), de parto prematuro, de desenvolver diabetes gestacional (DG) e aumentar a predisposição para uma pré-eclampsia (KOCISIS, *et al.* 2017). O estudo dos autores anteriores evidenciou ganhos em saúde relativos ao sono quando a grávida pratica exercício físico adequado e regular, diminuindo níveis de stress e ansiedade e atuando os efeitos negativos inerentes à progressão da gravidez, como consequência de todas as alterações hormonais, anatômicas e psicológicas. Rodríguez-Blancue, *et al.* (2020) e Klankhajhon, *et al.* (2021), confirmaram

também através dos seus estudos os benefícios relativos ao exercício físico para a melhoria do padrão de sono da grávida, melhorando ainda o nível de humor, stress e ansiedade. Para estes últimos autores, houve evidência ainda de benefícios físicos, como a melhoria da aptidão física, a redução do peso gestacional, valores de tensão arterial (TA) sistólica mais baixa e a nível da diminuição dos desconfortos provocados pela gestação de uma forma geral. Outros dados importantes evidenciados pelos mesmos autores, foi a melhoria da satisfação pela imagem corporal, traduzindo-se no bem-estar físico e psicológico da grávida e ainda a evidência de um nível maior de adesão quando esta inicia um plano de exercício físico e o integra no seu dia-a-dia.

Prevê-se que a depressão seja a principal causa de incapacidade mundial em 2030, uma vez que se assiste ao aumento da sua prevalência, encontrando-se a grávida inserida num grupo considerado de risco pelas alterações hormonais que ocorrem durante a gravidez e puerpério (BROBERG, *et al.*, 2020). Estes autores consideraram pertinente a realização de um estudo que avaliasse o efeito do exercício físico na grávida com história atual ou anterior de depressão, de modo a poder ser integrado num tratamento alternativo ao tratamento farmacológico por todos os efeitos adversos que este acarreta à gravidez e feto, tendo concluído que existe melhoria significativa do bem-estar psicológico no grupo de intervenção, passado oito semanas após o parto.

Foram encontrados outros estudos na pesquisa, não incluídos na presente revisão, que corroboram os resultados dos estudos anteriores. Kołománska, *et al.* (2019) refere que a depressão em mulheres grávidas constitui uma ameaça importante para a saúde da mãe e da criança, podendo afetar o curso do trabalho de parto, afetar o bebé desde a fase fetal até aos anos subseqüentes, implicando negativamente a relação mãe-filho. Através da sua revisão sistemática, em que o objetivo foi conhecer o impacto que a atividade física tem nos transtornos depressivos em grávidas, foi possível evidenciar que o exercício físico teve um impacto na diminuição dos níveis de ansiedade e stress, reduzindo sintomas de depressão e considerando a atividade física como um tratamento seguro e que atua de forma preventiva. Da mesma forma, Chan, *et al.* (2019) através da revisão sistemática que elaboraram, concluíram existir um menor risco de desenvolver depressão aquando da prática de exercício físico, tanto durante a gravidez como depois no pós-parto, uma vez que, consequentemente, melhora a satisfação pela imagem corporal e autoestima. Para estes autores, existe a evidência de inúmeros benefícios para o feto a nível geral por melhorar a manutenção da função vascular da placenta.

Relativamente à prevenção de complicações durante o parto, foi através do estudo de Rodríguez-Blancue, *et al.* (2020), que se verificou que as mães que praticam exercício físico durante o período gestacional, têm fetos com menor peso ao nascer comparativamente aos

das mães que não praticam, havendo menores complicações associadas à macrosomia fetal, facilitando o trabalho de parto e posteriormente a recuperação da puérpera. Demonstraram ainda que há melhoria na elasticidade do períneo da mulher grávida, diminuindo a necessidade de realizar episiotomia e o risco de lacerações no período expulsivo.

No estudo de Ghahremani, *et al.* (2017), o seu objetivo prendeu-se com a questão da importância da educação para a saúde. Verificaram que capacitar as grávidas para a prática de exercício físico adequado à sua condição é viável e de extrema importância para que as mesmas tenham o retorno de todos os benéficos, nomeadamente, a redução dos níveis de stress e de depressão, de dor durante o trabalho de parto, de menor probabilidade de ocorrência de parto distócico por cesariana e de maior agrado pela sua imagem corporal. O estudo de Chan, *et al.* (2019), sustenta em parte esta linha de pensamento ao considerar que o incentivo à prática de exercício físico conduz ao aumento do nível de adesão do mesmo por parte da grávida, sendo que as grávidas que já tinham uma rotina de exercício físico ou as que iniciavam essa prática, tinham maior probabilidade de dar continuidade.

No que diz respeito ao tipo de exercício físico, foi relatado a prática de exercício físico em grupo supervisionado por Haakstad, *et al.*, (2016) e de sessões de ginástica por Kocsis, *et al.*, 2017. O exercício físico em meio aquático foi estudado por Rodriguez-Blanche, *et al.* (2020). Kołomńska, *et al.* (2019) faz referência a um treino de 30', 5 vezes por semana que inclui caminhadas, sessões de yoga, natação, exercícios de respiração, de postura e de Kegel e Chan, *et al.* (2019) reportou a ginástica em grupo. Um estudo realizado por Forczek, *et al.* (2017), com o objetivo de identificar as principais tendências da atividade desenvolvida por mulheres durante a gestação e analisar como isso afeta a grávida e filho, fazem referência ao exercício físico programado como, a caminhada na passarela, aeróbica de step, aeróbica, bicicleta ergométrica e remo, devendo ser sempre adequados à idade gestacional e inseridos numa gravidez considerada de baixo risco. Nesta revisão sistemática, os autores referem que vivemos numa epidemia global de sedentarismo, com um crescente número de populações consideradas obesas, tornando-se o período da gravidez uma “janela de oportunidade” para mudar hábitos e estilos de vida.

■ CONCLUSÕES

Com esta revisão foi possível identificar que o bem-estar físico e psicológico da grávida foi muitas vezes mencionado nos estudos inclusos, confirmando a evidência dos benefícios que o exercício físico traz a nível da saúde mental durante este período.

O sono por sua vez também foi abordado de forma enfática, revelando ser de extrema importância para o bem-estar no geral da grávida. Perante estas evidências, consideramos que o exercício físico para além de todos os benefícios que oferece a nível anatomofisiológico

à grávida, constitui uma ferramenta de extrema importância na prevenção, manutenção e tratamento de transtornos depressivos na grávida, sendo por isso importante intervir nesta área e incentivar a prática do mesmo no decorrer da gravidez.

Especificamente à pergunta PICO elaborada no início desta revisão, consideramos que foi passível de ser respondida, havendo evidência de que a atividade física é uma prática segura e com efeitos benéficos para a grávida, criando a necessidade de implementar estratégias para que os profissionais de saúde se tornem capacitados para o incentivo e o planejamento do exercício físico como intervenção integrada na vigilância materno-fetal. É através dos profissionais de saúde, que conseguimos que esta informação se torne fiável, recetiva e se desmistifiquem os receios perante a prática de exercício físico nesta fase que é única na vida de cada mulher.

■ REFERÊNCIAS

1. **Associação Portuguesa do Sono** Disponível em: <https://www.apsono.com/pt/>. Acesso em: 02 de Novembro de 2021
2. BRIGGS, J. JBI Levels of Evidence. **Joanna Briggs Institute**. p. 1-5. 2013, disponível em: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
3. BROBERG, L.; TABOR, A.; ROSTHØJ, S.; BACKHAUSEN, M. *et al.* Effect of supervised group exercise on psychological well-being among pregnant women with or at high risk of depression (the EWE Study): A randomized controlled trial. **Acta Obstet Gynecol Scand**, 2020, p. 129-138, DOI: 10.1111/aogs.13982.
4. CHAN, C. W. H.; YEUNG, E. A.; LAW, B. M. H. Effectiveness of Physical Activity Interventions on Pregnancy-Related Outcomes among Pregnant Women: A Systematic Review. **Int J Environ Res Public Health**, 2019, Vol. 16, No. 10, DOI: 10.3390/ijer-ph16101840.
5. FORCZEK, W.; CURYŁO, M.; FORCZEK, B. Physical Activity Assessment During Gestation and Its Outcomes: A Review. **Obstet Gynecol Surv**, 2017, v.72, p. 425-444, DOI: 10.1097/OGX.0000000000000458
6. GHAREMANI, L.; ALIPOOR, M.; AMOEE, S.; KESHAVARZI, S. Health Promoting Behaviors and Self-efficacy of Physical Activity During Pregnancy: An Interventional Study. **International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences**, 2017, Vol. 5, No. 3, p. 181–186, DOI: 10.15296/ijwhr.2017.33.
7. GREGG, V.; FERGUSON, J. Exercise in Pregnancy. **Clinics in Sports Medicine**, 2017, 36, n. 4, p. 741-+. Article.
8. HAAKSTAD, L. A.; TORSET, B.; BØ, K. What is the effect of regular group exercise on maternal psychological outcomes and common pregnancy complaints? An assessor blinded RCT. **Midwifery Norwegian School of Sports Sciences**, 2015 Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.10.008>.

9. KLANKHAJHON, S.; JAN, M.; POONSUK, H.; KENDA, C. *et al.* Exercise intervention in Pregnancy: A feasibility study in Thailand, 2021
10. KOCSIS, I.; SZILAGYI, T.; TUROS, J.; BAKO, A. *et al.* Effect of a gymnastics program on sleep characteristics in pregnant women. **Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology**, 2017, p. 204-209, DOI: 10.1016/j.tjog.2017.02.001.
11. KOŁOMAŃSKA, D.; ZARAWSKI, M.; MAZUR-BIALY, A. Physical activity and depressive disorders in pregnant women: A systematic review. **Medicina**, 2019, p. 55(55)- 212, DOI: 10.3390/medicina55050212.
12. **Organização Pan-Americana da Saúde** Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>. Acesso em: 03 de Novembro de 2021.
13. RODRÍGUEZ-BLANQUE, R.; JOSÉ AGUILAR-CORDERO, M.; EUGENIA MARÍN-JIMÉNEZ, A.; JOSÉ MENOR-RODRÍGUEZ, M. *et al.* Water exercise and quality of life in pregnancy: A randomised clinical trial. **Jornal Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública**, 2020. DOI:10.15296/ijwhr.2017.33
14. PAGE, M. J.; MCKENZIE, J. E.; BOSSUYT, P. M.; BOUTRON, I. *et al.* BMJ. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. 372 2021.
15. WORLD HEALTH ORGANIZATION **Summary Report on Proceedings Minutes and Final Acts of the International Health Conference.**, 1948. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf.

A imagem corporal e a autoestima como determinantes na aceitação das mudanças físicas na gravidez: uma revisão narrativa

| **Ana Raquel Moreno Peixeiro**
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portugal

| **Ana Maria Aguiar Frias**
Universidade de Évora, CHRC, Portugal

| **Joana Filipa Gonçalves Pereira**
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Portugal

| **Maria da Luz Ferreira Barros**
Universidade de Évora, Portugal

RESUMO

Durante a gravidez é colocada à prova a imagem corporal que a mulher tem sobre si mesma, assim como a sua autoestima, que pode ser perturbada ou fortalecida durante este período. A Gravidez é um período em que ocorrem mudanças fisiológicas importantes, pois a mulher vê o seu corpo sofrer marcadas alterações, existindo necessidade de ajuste a essa nova realidade. O objetivo deste artigo é demonstrar de que forma a imagem corporal e a autoestima da grávida determinam a aceitação das mudanças fisiológicas da gravidez. O método utilizado foi uma revisão bibliográfica de estudos publicados nas plataformas eletrônicas Scientific Electronic Library Online (SciELO), Nacional Library of Medicine (PubMed), Web of Science Core Collection – Clarivate, Google Académico, nos meses entre outubro e dezembro de 2021. Os artigos selecionados encontram-se entre 2008 e 2020 nos idiomas português e inglês. Os resultados dos artigos analisados demonstram que a satisfação corporal e a autoestima da grávida diminuem consoante a evolução da gravidez, notando que grávidas com atitudes negativas em relação às alterações corporais têm maior propensão ao desenvolvimento de depressão e distúrbios alimentares. Concluímos que a imagem corporal está diretamente relacionada com a autoestima e que ambas são determinantes na aceitação, pela grávida, das mudanças inerentes à gravidez.

Palavras-chave: Autoestima, Gravidez, Imagem Corporal, Insatisfação Corporal, Sexualidade.

■ INTRODUÇÃO

A gestação é descrita como uma fase única na vida da mulher e, como tal, são várias as implicações que esta fase terá nas suas várias dimensões, sejam elas físicas, emocionais, sociais ou culturais. É necessário compreender que, apesar destas mudanças serem de etiologia fisiológica, a sua existência pode levar, por vezes, a experiências negativas durante a gestação, conduzindo à não aceitação dessas mesmas reestruturações (MEIRELES; NEVES; CARVALHO; FERREIRA, 2015). Neste período, a grávida encontra-se numa posição altamente vulnerável, perante os outros, mas acima de tudo, perante si mesma, pelo que pode desencadear sentimentos negativos durante a gravidez, incluindo insatisfação com o seu corpo que vai sofrendo alterações em cada um dos trimestre (CHAN *et al.*, 2020). É essencial compreender que tais indicadores de insatisfação são merecedores de análise e discussão pois existe possibilidade de estes evoluírem para formas mais graves, comprometendo de alguma forma, a saúde mental da mulher, nomeadamente o desenvolvimento de ansiedade, depressão e distúrbios alimentares (BERGMEIER *et al.*, 2020).

Mais do que modificações corporais externas, também o ambiente social e cultural em que a mulher está inserida, assim como o desenvolvimento do seu novo papel social, o de mãe, pode influenciar a sua autoestima de forma negativa, pois a vinda do seu bebé pode ser causadora de grandes incertezas e inseguranças, que a podem levar a duvidar de si mesma (DIAS *et al.*, 2021).

Este artigo tem como objetivo determinar se existe uma relação entre a imagem corporal e autoestima da grávida, e a aceitação das mudanças físicas, psicológicas e sociais que ocorrem no decurso da gravidez.

■ METODOLOGIA

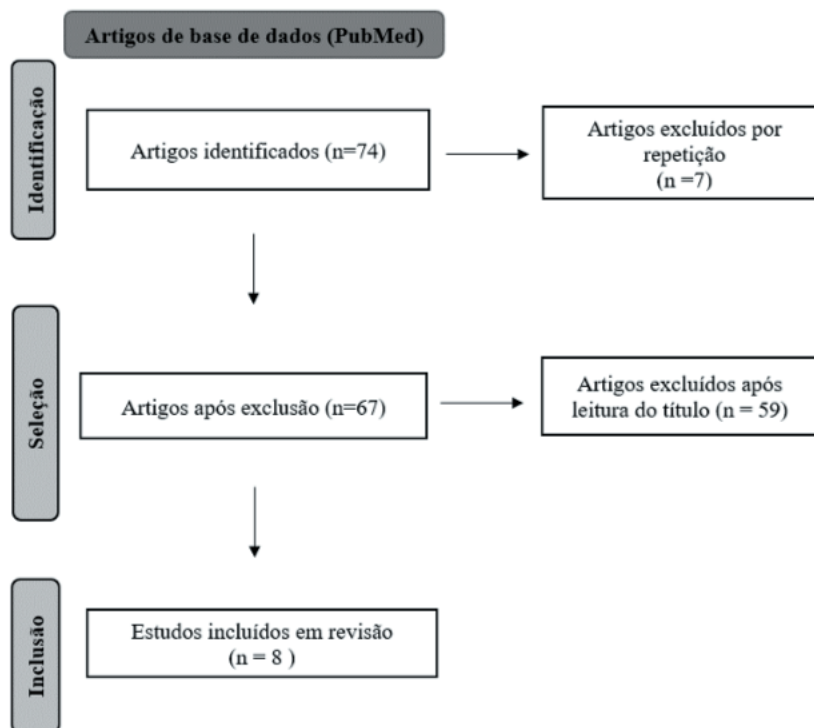
Para a consecução do artigo, desenvolveu-se uma revisão narrativa da literatura. A questão de investigação que norteou este artigo foi: A imagem corporal e a autoestima são determinantes na aceitação das mudanças físicas na gravidez?

Foi realizada pesquisa em bases de dados nas seguintes plataformas: Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Nacional Library of Medicine (PubMed), Web of Science Core Collection – Clarivate, Google Académico, nos meses entre outubro e dezembro de 2021. Utilizaram-se, para a busca, as seguintes palavras-chave: gravidez, imagem corporal, autoestima, insatisfação corporal e sexualidade. Foram considerados como critérios de inclusão: documentos publicados em português e inglês; disponibilizados com texto integral; todo o tipo de artigos e livros; foram ainda consideradas as referências desses artigos com

o intuito de identificar outros artigos que pudessem ser incluídos nesta revisão e que não tivessem sido localizados anteriormente nas bases de dados pesquisadas.

Da pesquisa foram selecionados 74 artigos da PubMed, tendo sido excluídos 7 por repetição e 59 após leitura dos títulos, perfazendo um total de 8 artigos utilizados desta base de dados (Fig. 1).

Figura 1. Fluxograma prisma para demonstrar a seleção dos estudos incluídos e excluídos.



Fonte: elaboração própria.

■ RESULTADOS

Após leitura minuciosa e seletiva da literatura encontrada, foi elaborada a questão de investigação norteadora do artigo e selecionada a informação pertinente, com a sua interpretação e discussão dos resultados, tendo sido apresentada de forma descritiva em forma de quadro (Tabela 1).

Tabela 1. Análise dos artigos.

Autor (Ano)	Local de estudo/ Amostra	Tipo de estudo	Objetivo	Principais resultados ou resultados obtidos
Duncombe et al. 2008	Austrália 158 mulheres grávidas	Qualitativo e quantitativo	Examinar a relação da imagem corporal ao longo dos trimestres de gravidez.	<ul style="list-style-type: none"> - A imagem corporal manteve-se estável durante a gravidez; - Grávidas que apresentavam maiores preocupações em relação à imagem corporal, desde o início da gravidez, mantiveram essas preocupações no decurso da mesma; - Grávidas relataram menor satisfação com o aumento da barriga no 3.º trimestre, porém a noção de corpo ideal aumentou em consonância com o aumentar de peso da grávida; - Grávidas com maiores preocupações em relação à sua imagem corporal reportaram maior tendência para desenvolvimento de sintomas depressivos e para fazerem dietas, o que as colocava em maior risco em termos da sua saúde e do seu bebé.
Loth et al. 2011	Minnesota 68 mulheres grávidas e 927 mulheres não grávidas	Longitudinal quantitativo	Comparar a satisfação corporal entre mulheres grávidas e não grávidas.	<ul style="list-style-type: none"> - Nível de satisfação corporal maior em mulheres grávidas do que nas não grávidas; - Evidência de maior satisfação corporal em mulheres grávidas em comparação ao período em que não estariam grávidas, independentemente do peso ganho.
Inanir et al. 2015	Turquia 150 mulheres grávidas e 30 não grávidas	Quantitativo	Verificar a alteração na percepção da imagem corporal e avaliar os níveis de autoestima durante a gravidez.	- A percepção da imagem corporal foi pior no grupo de grávidas no terceiro trimestre e a autoestima é maior em grávidas no primeiro trimestre.
Meireles et al. 2015	Brasil 386 grávidas	Quantitativo, transversal, descritivo e correlacional	Relacionar as variáveis em estudo com a atitude corporal das grávidas.	- O estado nutricional e condições de risco influenciam negativamente a atitude corporal das grávidas.
Freitas et al. 2015	Portugal 105 mulheres no 3.º trimestre de gravidez, entre os 15 e os 41 anos.	Quantitativo	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar comportamentos alimentares disfuncionais e relacioná-los com a gravidez, bem-estar psicológico, IMC e ganho de peso durante a gravidez, idade e prática de exercícios físicos. - Avaliar os comportamentos alimentares durante o 3.º trimestre de gravidez. 	- É relevante avaliar os comportamentos alimentares durante a gravidez, o IMC e a percepção negativa da imagem corporal levam a comportamentos alimentares inadequados.
Sohrabi et al. 2019	Irão 300 mulheres grávidas iranianas	Qualitativo e quantitativo	Desenvolver um questionário acerca da imagem corporal pré-natal em língua persa.	- Os 30 itens apresentados no questionário, com 7 dimensões, apresentam boa validade e confiabilidade para avaliar a imagem corporal de gestantes.
Chan et al. 2020	Hong Kong 1371 mulheres grávidas	Longitudinal quantitativo	Relacionar insatisfação corporal com ansiedade e depressão nos seguintes períodos temporais: 6 meses antes da gravidez; no 1.º, 2.º e 3.º trimestre e 6 semanas após o parto.	<ul style="list-style-type: none"> - A insatisfação corporal e os sintomas associados à depressão alteraram-se consoante o trimestre de gravidez; - Após identificação de fatores de risco, a insatisfação corporal antes e após a gravidez foram associados a ansiedade e depressão pré-natal; - Mulheres grávidas com insatisfação corporal têm maior propensão a depressão pós-parto

Autor (Ano)	Local de estudo/ Amostra	Tipo de estudo	Objetivo	Principais resultados ou resultados obtidos
Przybyła-Basista et al. 2020	Polónia 150 mulheres grávidas	Quantitativo e qualitativo	- Investigar a aceitação da alteração da aparência física, as atitudes em relação à gravidez e à maternidade; -Relacionar algumas características obstétricas preditoras significativas no desenvolvimento de depressão.	- Constatou-se que as grávidas que não aceitavam a modificação da aparência física estavam em maior risco para desenvolver depressão; - Evidência de existência de atitudes positivas em relação à gravidez são fatores protetores de depressão; - Mulheres grávidas com antecedentes de aborto espontâneo com maior tendência para sintomas depressivos; -Mulheres grávidas que estavam insatisfeitas com o controle do peso corporal relataram maior intensidade de depressão pré-natal.

Fonte: elaboração própria.

■ DISCUSSÃO

Após a análise realizada, podemos dividir os resultados obtidos em dois determinantes fundamentais: imagem corporal e autoestima. A forma como cada grávida vivencia estes dois aspetos determina a sua experiência de gravidez e, conseqüentemente, outros aspetos subjacentes, como a sexualidade. Sendo a gravidez uma experiência única e transformadora na vida da mulher, é natural a existência de incertezas, dúvidas e medos, que devem ser escrupulosamente clarificados e acompanhados pelo enfermeiro especialista (FRIAS; FERREIRA; SOUSA, 2021).

A imagem corporal define-se como uma representação individual e mental, que se constrói ao longo da vida e que é influenciada por experiências pessoais, sociais e emocionais. Não é uma representação estática, uma vez que vai sofrendo alterações consoante as circunstâncias e as experiências vividas (CAIROLLI, 2009). É, então, a representação que cada pessoa faz do ideal da aparência externa (ZALTZMAN; FALCON; HARRISON, 2015). Acrescenta-se, que a partir de um momento na vida do indivíduo, especialmente na fase adulta, o olhar do outro influencia a sua imagem corporal (PRZYBYLA-BASISTA; KWIECINSKA; ILSKA, 2020).

A gravidez é um período complexo e particularmente sensível na vida da mulher. O corpo passa por uma série de transformações físicas e emocionais, levando a alterações na percepção da mulher grávida sobre si mesma (MEIRELES; NEVES; DE CARVALHO; FERREIRA, 2015). É um período individual, pois a forma como cada mulher vê e aceita o seu novo papel social, está intimamente relacionado com os desejos e objetivos que esta idealizou para a sua gravidez e maternidade (SILVEIRA; FERREIRA, 2011).

Com o avançar da gravidez, as modificações corporais vão sendo cada vez mais notórias, sendo que o terceiro trimestre constitui o período de maior transformação corporal pelo grande desenvolvimento fetal que ocorre. Este trimestre é o mais desafiante, não somente

pelos imensos desconfortos sentidos, mas também por sentimentos de insegurança, medo e ansiedade relacionados com aproximação do momento do parto e pós-parto (SILVEIRA; FERREIRA, 2011).

Uma das mudanças mais expressivas que ocorrem no corpo da mulher, durante a gestação, é o ganho de peso (GONÇALVES; FREITAS; FREITAS-ROSA; MACHADO, 2015). Este, juntamente com o aumento da ingestão alimentar, são aspetos normalizados e aceites pela sociedade, facilitando, desta forma, a recetividade da grávida à nova realidade física (HODGKINSON; SMITH; WITTKOWSKI, 2014; PRZYBYLA-BASISTA; KWIECINSKA; ILSKA, 2020). Para além dos aspetos referidos, também a alteração da forma corporal, as alterações cutâneas e outras alterações físicas estão presentes. Todas requerem uma adaptação rápida por parte da gestante, que pode ser difícil de gerir, provocando sentimentos negativos em relação ao corpo. Esta situação deverá ser avaliada no decorrer da gravidez (PRZYBYLA-BASISTA; KWIECINSKA; ILSKA, 2020; TEIXEIRA; MATSUDO; ALMEIDA, 2008).

Outra situação que se pode tornar desafiante para a grávida tem a ver com os ideais impostos no contexto social, que se destacam por serem pouco realistas, onde a magreza é inteligentemente incentivada. A pressão social sentida pela mulher grávida em atingir esses ideais, pode levar a níveis elevados de insatisfação corporal e, eventualmente, despoletar patologias psicológicas, como depressão na gravidez e no pós-parto assim como o desenvolvimento de distúrbios alimentares (PRZYBYLA-BASISTA; KWIECINSKA; ILSKA, 2020; ZALTZMAN; FALCON; HARRISON, 2015).

Apesar disso, questões acerca da aparência física durante a gravidez têm tendência a ser desvalorizadas e, nesse sentido, vários estudos têm sido realizados com o intuito de compreender o real impacto das mudanças corporais na vida da gestante. Estas podem ser um fator negativo para o desenvolvimento fetal (PRZYBYLA-BASISTA; KWIECINSKA; ILSKA, 2020), assim como ter implicações desfavoráveis para o bem-estar físico e psíquico da grávida (DUNCOMBE *et al.*, 2008; MEIRELES; NEVES; DE CARVALHO; FERREIRA, 2015).

Para algumas mulheres, a exibição da barriga e o futuro papel de mãe, são motivo de vaidade e orgulho, reforçando a conotação positiva dada à gravidez (TEIXEIRA; MATSUDO; ALMEIDA, 2008). Para além disso, as mudanças físicas, nomeadamente o ganho de peso e o aumento do volume corporal, são bem aceites quando compreendidas como fundamentais para o desenvolvimento normal do bebé ao longo dos nove meses de gestação (DUNCOMBE *et al.*, 2008; PRZYBYLA-BASISTA; KWIECINSKA; ILSKA, 2020). Outras mulheres, por sua vez, demonstram insatisfação com o ganho de peso e com as mudanças corporais, sendo esse um motivo de preocupação, muitas vezes relacionado com o receio de não conseguirem recuperar a forma física após a gravidez (PRZYBYLA-BASISTA; KWIECINSKA; ILSKA, 2020).

A autoestima caracteriza-se por ser a forma como a pessoa avalia e reage aos desafios que lhe vão surgindo. Define-se como o juízo de valor que cada indivíduo faz de si mesmo e que começa a ser construído desde a infância (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010). Tal como a imagem corporal, também a autoestima tem uma definição subjetiva, uma vez que depende da forma como cada pessoa a percebe. Sabe-se que uma pessoa com elevada autoestima é melhor sucedida, mais saudável e comunica de forma mais assertiva (INANIR *et al.*, 2015). A gravidez, por sua vez, tem maior probabilidade de sucesso, quanto maior for a autoestima da mulher (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010). Os dois conceitos estão diretamente relacionados e variam ao longo da gravidez. Um estudo realizado comparou a imagem corporal e a autoestima entre mulheres grávidas, o trimestre em que se encontravam e mulheres não grávidas. Neste estudo, verificou-se que a satisfação com a imagem corporal sofreu uma redução no primeiro trimestre de gravidez e o nível de satisfação mais baixo foi no terceiro e último trimestre. Concluiu-se, também, que o aumento de peso leva as mulheres a sentirem-se menos confortáveis consigo mesmas, quando comparadas a mulheres não grávidas (INANIR *et al.*, 2015).

Outro estudo, por sua vez, demonstra que, a maioria das mulheres adapta-se às mudanças do seu corpo durante a gravidez e que continuam a sentir-se atrativas e com boa autoestima. Neste mesmo estudo, uma percentagem mais baixa de mulheres manifestaram insatisfação com o seu corpo e verificou-se que esta aumenta à medida que a gravidez evolui. Destas grávidas, algumas tentam modificar estilos de vida para controlar o peso, outras optam por não o fazer por receio de provocar danos no feto (PRZYBYLA-BASISTA; KWIECINSKA; ILSKA, 2020). Assim, a aceitação da imagem corporal durante a gravidez relaciona-se com a forma como a mulher aceita, ou não, as mudanças próprias dessa fase (LOTH *et al.*, 2011; FRIAS; FERREIRA; SOUSA, 2021).

A autoestima e a imagem corporal também podem ser influenciadas por outros fatores. As grávidas com baixo peso manifestam maior satisfação com a sua imagem corporal e grávidas com sobrepeso e obesidade manifestam maior preocupação relacionada com o corpo (MEIRELES; NEVES; DE CARVALHO; FERREIRA, 2015). No que concerne às experiências passadas de gravidez, as multíparas têm um poder de aceitação das modificações corporais mais desenvolvido do que aquele demonstrado pelas primíparas, que podem apresentar níveis mais baixos de autoestima e alteração na sua imagem corporal (COELHO, 2016).

As mudanças físicas que ocorrem no corpo da grávida, ao longo da gestação, têm também influência na resposta sexual da mulher, alterando inevitavelmente a dinâmica do casal. A forma como se vivencia a sexualidade engloba múltiplas dimensões como a biológica e a emocional, estando estas, no caso da gravidez, intimamente relacionadas pela

capacidade de ajuste da grávida. Enquanto algumas grávidas veem o seu apetite e desejo sexual aumentados, outras experienciam a sexualidade de forma mais negativa (CAMACHO; VARGENS; PROGIANTI; SPÍNDOLA, 2010; FRIAS; FERREIRA; SOUSA, 2021). Desta forma, torna-se essencial encontrar outras formas de expressar a sexualidade durante esta fase (COELHO, 2016).

Um estudo realizado demonstrou a relevância dada pelas grávidas às mudanças físicas e a forma como interferem com a atividade sexual. Naquele grupo de gestantes, verificou-se que, enquanto uma parte, se sente satisfeita com as alterações ao nível do tamanho das mamas, que naturalmente aumentam de tamanho nesta fase, outra parte considera essa modificação como um fator de diminuição da atração sexual. Concluíram que, para as mulheres que sempre tiveram as mamas pequenas, esse aumento predispõe a um aumento da sensação de atração sexual, as mulheres com mamas grandes pré-gravidez, por sua vez, podem sentir uma diminuição da atração sexual, por não se sentirem tão confortáveis fisicamente. Sugere também que as alterações ao nível da genitália são propícias à atração sexual, apesar de concluir que a predisposição para o sexo ao longo da gravidez diminui, especialmente no último trimestre (SOHRABI; KAZEMI; FARAJZADEGAN, 2021).

Torna-se relevante destacar a importância da atuação do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na identificação de possíveis distúrbios relacionados com a imagem corporal, assim como ajudar a grávida na adoção de estratégias para facilitar o processo de aceitação (NÉNÉ; MARQUES; BATISTA, 2016). A gravidez caracteriza-se pelo aumento do interesse da mulher na sua saúde, pois esta acredita que ter acesso a mais informação, irá contribuir para ter um bebé vivo e saudável (MEIRELES; NEVES; DE CARVALHO; FERREIRA, 2015). Desta forma, este período constitui um momento chave para ações de educação para a saúde, com o intuito de adoção de estilos de vida saudáveis, englobando aspetos físicos, emocionais e psicológicos da gravidez (HODGKINSON; SMITH; WITTKOWSKI, 2014; MEIRELES; NEVES; DE CARVALHO; FERREIRA, 2015).

■ CONCLUSÃO

A complexidade do período gravídico acarreta consigo uma série de modificações para a mulher, desde mudanças físicas, emocionais, familiares e sociais. Esta situação, por si só, impõe uma adaptação da mulher, que vai ser gerida consoante a sua autoestima e a imagem corporal que idealiza para si mesma.

À medida que a gravidez vai avançando, as adaptações do corpo da mulher à gravidez vão sendo cada vez mais evidentes e o aumento de peso ganha destaque. Ao mesmo tempo que é aceite pela sociedade, por estar inserido no contexto de gravidez, é a magreza que se

impõe como ideal de beleza, influenciando a forma como a grávida vê o seu corpo e acaba por adotar determinadas posturas em relação a si própria e aos que a rodeiam.

Desta forma, a conotação positiva, ou negativa, que a mulher dá a essas mudanças, irá influenciar a forma como ela vivencia este período e como encara outras questões, como a sexualidade, que está intimamente ligada à sua imagem corporal e autoestima.

A gravidez torna-se assim um período fulcral para a realização de educação para a saúde, pois é um momento em que a mulher/casal está especialmente receptiva/o a informação que ajude a promover o seu bem-estar e do bebé, assim como é um período de dúvidas e incertezas que devem ser esclarecidas com base em conhecimento fundamentado.

Com o desenvolvimento deste estudo, concluímos que existe quantidade considerável de estudos e artigos dentro da temática, ainda assim, consideramos relevante que se dê maior enfoque a estes temas durante a gravidez, nomeadamente em consultas médicas e de enfermagem, para que cada vez menos se banalizem e desconsiderem as questões psicológicas que resultam das alterações físicas.

■ REFERÊNCIAS

1. BERGMEIER, H.; HILL, B.; HAYCRAFT, E.; BLEWITT, C. *et al.* Maternal body dissatisfaction in pregnancy, postpartum and early parenting: An overlooked factor implicated in maternal and childhood obesity risk. **Appetite**, p. 1-8, 2020.
2. CAIROLI, P. **Avaliação da imagem corporal e da (in)satisfação com o corpo grávido pela escala de medida em imagem corporal em gestantes inscritas no programa de pré-natal da rede básica de saúde de Vinhedo-SP**. 2009. 159 f. (Pós-Graduação em Enfermagem) - Dissertação, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas Campinas.
3. CAMACHO, K. G.; VARGENS, O. M. D. C.; PROGIANTI, J. M.; SPÍNDOLA, T. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes. **Ciencia y Enfermeria**, 16, n. 2, p. 115-125, 2010.
4. CHAN, C. Y.; LEE, A. M.; KOH, Y. W.; LAM, S. K. *et al.* Associations of body dissatisfaction with anxiety and depression in the pregnancy and postpartum periods: A longitudinal study. **Journal of Affective Disorders**, 263, p. 582-592, 2020.
5. COELHO, M. J. **O enfermeiro especialista na promoção da sexualidade na gravidez**. Orientador: PRESADO, M. H. e MEDEIROS, A. 2016. 19 f. (Mestrado) - Relatório de estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
6. DIAS, G. L.; SILVA, C. B. D.; ARAÚJO, E. D. S.; LIMA, B. B. *et al.* Aspectos sociais e biológicos da autoestima na gravidez e a assistência de enfermagem: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, 11, p. 2674-7189, 2021.
7. DUNCOMBE, D.; WERTHEIM, E. H.; SKOUTERIS, H.; PAXTON, S. J. *et al.* How well do women adapt to changes in their body size and shape across the course of pregnancy? **J Health Psychol**, 13, n. 4, p. 503-515, May 2008.

8. FRIAS, A.; FERREIRA, I; SOUSA, L. Alterações da imagem corporal e sexualidade na gravidez in Luana Toledo (Org). Gerenciamento de Serviços e Enfermagem 2. (pp.1-11). Ponta Grossa - Paraná: **Atena Editora**, 2021. ISBN 978-65-5706-768-0 DOI.10.22533/at.ed.680212701.
9. GONÇALVES, S.; FREITAS, F.; FREITAS-ROSA, M. A.; MACHADO, B. C. Dysfunctional eating behaviour, psychological well-being and adaptation to pregnancy: A study with women in the third trimester of pregnancy **Journal of Health Psychology**, 20, n. 5, p. 535-542, 2015.
10. HODGKINSON , E. L.; SMITH, D. M.; WITTKOWSKI, A. Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis **BMC Pregnancy & Childbirth**, 14, p. 1-11, 2014.
11. INANIR, S.; ÇAKMAK, B.; NACAR, M.; GULER, A. *et al.* Body Image Perception and Self-esteem During Pregnancy. **International Journal of Womens Health and Reproduction Sciences**, 3, n. 4, p. 196-200, OCT 2015 2015. Article.
12. LOTH, K.; BAUER, K.; WALL, M.; BERGE, J. *et al.* Body satisfaction during pregnancy. **Body Image**, 8, n. 3, p. 297-300, JUN 2011 2011. Article.
13. MAÇOLA, L.; VALE, I. N.; CARMONA, E. V. [Assessment of self-esteem in pregnant women using Rosenberg's Self-Esteem Scale]. **Rev Esc Enferm USP**, 44, n. 3, p. 570-577, Sep 2010.
14. MEIRELES, J. F. F.; NEVES, C. M.; CARVALHO, P. H. B. D.; FERREIRA, M. E. C. Imagem corporal de gestantes: associação com variáveis sociodemográficas, antropométricas e obstétricas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 37, n. 7, p. 319-324, 2015.
15. NÉNÉ, M.; MARQUES, R.; BATISTA, M. A. **Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**. Lisboa: Lidel, 2016.
16. PRZYBYLA-BASISTA, H.; KWIECINSKA, E.; ILSKA, M. Body Acceptance by Pregnant Women and Their Attitudes toward Pregnancy and Maternity as Predictors of Prenatal Depression. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 17, n. 24, DEC 2020 2020. Article.
17. SILVEIRA, C.; FERREIRA, M. Auto-conceito da grávida- Factores associados. **Milennium**, 40, p. 53-67, 2011.
18. SOHRABI, Z.; KAZEMI, A.; FARAJZADEGAN, Z. Prenatal body image questionnaire: Development and psychometric evaluation. **Journal of Health Psychology**, 26, n. 10, p. 1508-1518, SEP 2021 2021. Article.
19. TEIXEIRA, P.; MATSUDO, S.; ALMEIDA, V. Auto-estima e imagem corporal de gestantes de acordo com o nível de atividade física. **Ciência e Movimento**. São Paulo. 16: 57-65 p. 2008.
20. ZALTZMAN, A.; FALCON, B.; HARRISON, M. E. Body image in adolescent pregnancy. **J Pediatr Adolesc Gynecol**, 28, n. 2, p. 102-108, Apr 2015.

Alterações da sexualidade durante a gravidez: uma revisão sistemática

**Anellita Gonçalves Chambel Mendes
Moreira**

Hospital do Espírito Santo - Évora, Portugal

Catarina Maria Pinto Henriques

Centro Universitário do Algarve-Faro, Portugal

Ana Maria Aguiar Frias

Universidade de Évora, CHRC, Portugal

RESUMO

A gravidez é uma fase de alterações físicas, emocionais e sociais tanto para a mulher como para o seu parceiro, e que pode influenciar a intimidade e a atividade sexual do casal. Com o objetivo de identificar de que forma a gravidez altera a vida sexual e qual a percepção masculina sobre a sexualidade durante a gestação, foi realizada uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de responder à questão de investigação “Quais as evidências científicas sobre as alterações da sexualidade na gravidez?”. Para tal, foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados PubMed, Web Of Science e EBSCO. Através do método de pesquisa booleano, com a aplicação dos descritores MESH “Sexology”, “Sexuality”, “Sexual Behaviour”, “Pregnant Women” e “Pregnancy” foram selecionados e analisados dez artigos publicados entre 2016 e 2021. A revisão sistemática permitiu concluir que à medida que a gravidez avança as mulheres relatam uma pior função sexual e que, existem lacunas ao nível do conhecimento sobre a sexualidade durante a gravidez, bem como, sobre percepção masculina acerca do tema. Assim, é necessária mais evidência científica de forma a identificar dificuldades experienciada pela mulher e pelo parceiro, colmatando a falta de informação e contribuindo para a mudança de comportamento e vivência sexual saudável durante a gestação

Palavras-chave: Comportamento Sexual, Gravidez, Mulheres Grávidas, Sexologia, Sexualidade.

■ INTRODUÇÃO

A gravidez é um período que acarreta transformações fisiológicas, psicológicas e sociais na vida da mulher, em particular no relacionamento com o companheiro, podendo ter impacto na intimidade e vida sexual do casal (NINIVAGGIO, 2017; PIZARRO, 2019). As alterações da função sexual podem ocorrer em qualquer fase da vida da mulher, contudo, a descoberta da gestação afeta negativamente esta função, implicando diminuição das relações sexuais e do desejo (SOARES *et al.*, 2020).

A sexualidade é geralmente influenciada por fatores educacionais, culturais, sociais e biológicos. Durante a gravidez crescem a estes fatores a diminuição da autoestima devido à imagem corporal, a falta de conhecimento, os mitos, os antecedentes obstétricos como aborto ou infertilidade e preocupação com o bem-estar do feto, que podem contribuir para a redução do desejo e alteração do comportamento sexual por parte da mulher (FRIAS; FERREIRA; SOUSA, 2021; PIZARRO, 2019). Estudos revelam que, independentemente do contexto socioeconômico e cultural, a mulher pode apresentar dificuldades com o desejo, a excitação, o orgasmo, a lubrificação na gravidez, bem como, insatisfação sexual e dispareunia (NINIVAGGIO, 2017; SOARES *et al.* 2020). Geralmente, com o avanço da gestação, há uma diminuição do desejo, da frequência e da satisfação sexual, sendo a relação sexual reduzida e substituída por opções menos invasivas. Segundo Pizarro (2019), quanto mais desejada e difícil é a gravidez, mais impacto tem na vida sexual. No terceiro trimestre de gravidez é mais frequente a mulher descurar o seu desejo sexual e o do seu parceiro e centrar-se no bem-estar do bebé por receio de lhe causar danos (IRWIN; JAWED-WESSEL; SANTO, 2019; NINIVAGGIO, 2017; PIZARRO 2019).

A perspetiva do homem em relação à gestação difere da mulher, contudo, é importante que o homem tenha conhecimento sobre as transformações inerentes à gravidez, e tenha um papel ativo e participativo que permitirá o seu envolvimento emocional, possibilitando a formação de vínculos e favorecendo as vivências do casal ao longo da gestação (ALVES *et al.*, 2018; SEMENTE *et al.*, 2016).

Assim, considera-se relevante analisar a literatura científica existente sobre o tema, de forma a dar resposta à questão de investigação “Quais as evidências científicas sobre as alterações da sexualidade na gravidez?”, bem como, desenvolver competências profissionais e aumentar o conhecimento sobre a temática.

■ METODOLOGIA

Por forma a elaborar a presente revisão sistemática e dar resposta à questão de investigação “Quais as evidências científicas sobre as alterações da sexualidade na gravidez?” foi

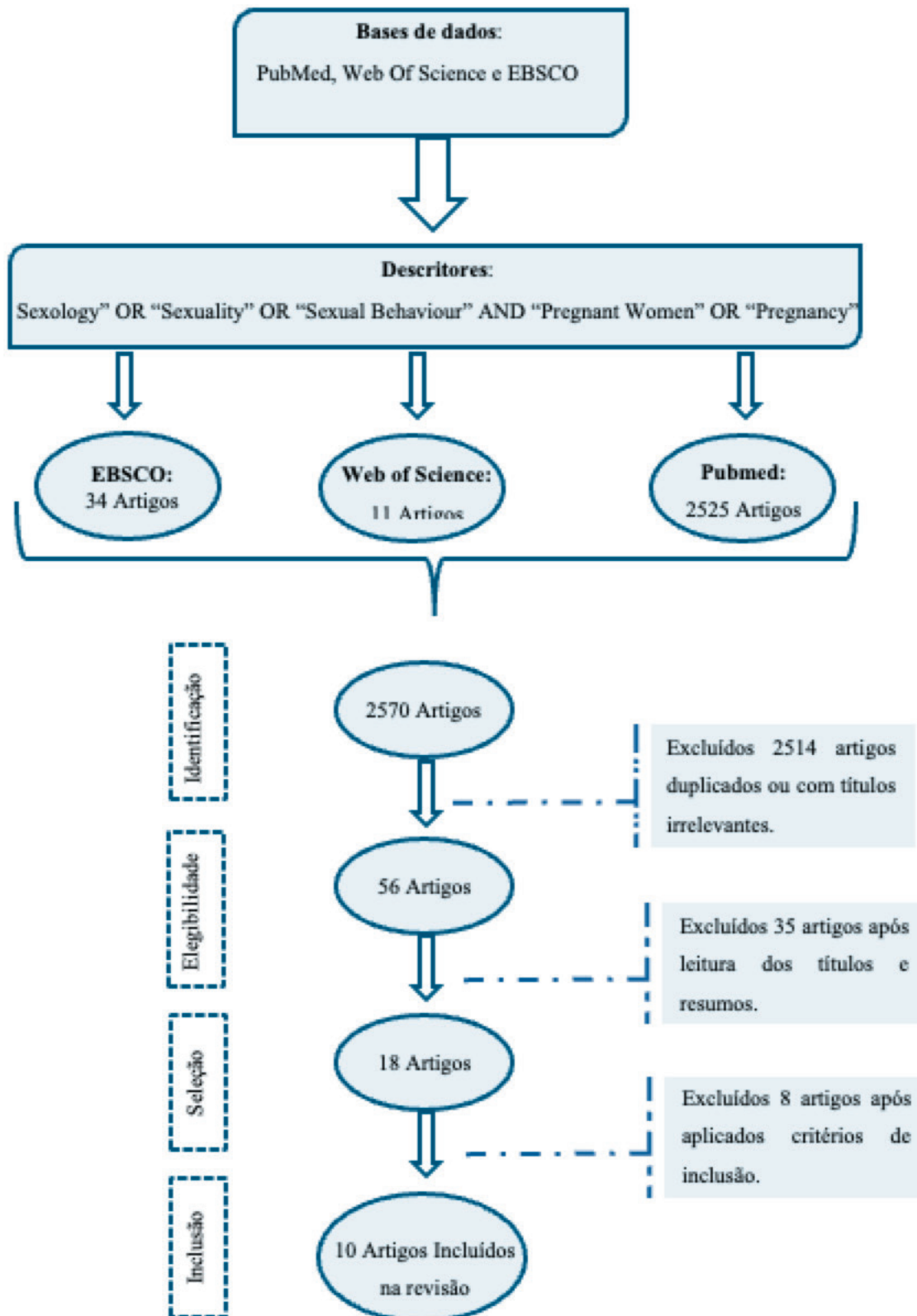
realizada pesquisa nas bases de dados PubMed, Web Of Science e EBSCO (Cinahl Complete, Medline Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials e Cochrane Database of Systematic Reviews). Foram aplicados os descritores MESH “Sexology”, “Sexuality”, “Sexual Behaviour”, “Pregnant Women” e “Pregnancy” e os operadores booleanos “AND” e “OR”, obtendo-se assim um resultado de pesquisa de 2570 artigos.

Os critérios de inclusão definidos foram: artigos publicados entre 2016 e 2021, artigos no idioma português, espanhol, inglês ou francês e artigos disponíveis na íntegra. Foram excluídos artigos sobre gravidez na adolescência, artigos com países ou religiões especificadas no título (pela questão cultural), artigos sobre grávidas com patologias associadas (ansiedade, diabetes, HTA, cancro, etc.) ou artigos sobre a abordagem ou ponto de vista de profissionais de saúde.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 56 artigos. Depois da leitura do título foram selecionados 18 artigos que abrangiam os critérios estipulados e, por último, foi realizada a leitura do título e resumo, obtendo-se 10 artigos que cumpriam todos os critérios e que constituem a amostra final.

O processo metodológico encontra-se esquematizado no fluxograma representado na figura 1, segundo a declaração PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses) (PAGE *et al.*, 2021).

Figura 1. Fluxograma PRISMA: Processo de seleção dos artigos.



■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por forma a dar resposta ao objetivo e à questão de investigação desta revisão, após seleção dos artigos procedeu-se à análise dos mesmos, que se encontra esquematizada

na tabela que se segue (figura 2). De forma a identificar a qualidade metodologia dos artigos seleccionados, precedemos à classificação dos níveis de evidência, tendo por base os critérios do *Joanna Briggs Institute* (MUNN *et al.*; 2014)

Figura 2. Quadro de resumo da análise dos artigos.

Título do artigo / autor(es) / ano	Objetivo do estudo	Metodologia / nível de evidência	Resultados
Sexual function changes during pregnancy Autores: C. Ninivaggio, R. G. Rogers, L. Leeman, L. Migliaccio, D. Teaf e C. Qualls Ano: 2017	Descrever as mudanças na atividade e função sexual em mulheres grávidas nulíparas com gravidez de baixo risco.	Análise secundária através da população de outra investigação a mulheres primíparas saudáveis atendidas no serviço de obstetria da Universidade do Novo México (n=623); Avaliação da atividade e função sexual através do Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) em cada trimestre. Nível 3.a – Systematic review of comparable cohort studies.	A quantidade de mulheres sexualmente ativas diminuiu durante a gravidez embora a maioria tivesse indicado que permanecia sexualmente ativa; As pontuações do FSFI foram mais baixas no último trimestre do que nos dois primeiros; À medida que a gravidez avança, as mulheres relatam uma pior função sexual
Sexual Activity and Attitudes as Predictors of Sexual Satisfaction During Pregnancy: A Multi-Level Model Describing the Sexuality of Couples in the First 12 Weeks Autores: S. Jawed-Wessel, J. Santo e J. Irwin Ano: 2019	Examinar as relações entre as atitudes face ao sexo durante a gravidez, comportamentos sexuais e satisfação sexual.	Estudo transversal em casais (n=136) com gestantes entre a 8.ª e 12.ª semanas em que ambos os elementos do casal seriam pais pela primeira vez; Aplicação de questionário online com itens relativos a características sociodemográficas, história sexual, ginecológica e obstétrica; Utilização de escalas para avaliação das atitudes das gestantes/parceiros em relação à prática sexual durante a gravidez. Nível 3.e – Observational study without control group (JBI)	Atitudes positivas em relação à prática sexual durante a gravidez estão relacionadas com maior satisfação; Comportamentos tais como beijar, <i>vaginal fingering</i> e relações sexuais vaginais estão associados a maior satisfação sexual quando comparados com a utilização de brinquedos sexuais; Os homens manifestaram maior satisfação sexual;
Sexuality throughout all the stages of pregnancy: Experiences of expectant mothers Autores: C. Fernández-Sola, D. Huncara-Kana, J. Granero-Molina, E. Carmona-Samper, M. López-Rodríguez, J. Hernández-Padilla Ano: 2018	Explorar e compreender as experiências sexuais de gestantes durante a gravidez.	Estudo qualitativo realizado em dois centros de saúde no distrito de Almería, Espanha (n= 15) com colheita de dados através de entrevistas. Nível 3.d – Case – controlled study	Existem falsas crenças sobre a sexualidade durante a gravidez que resultam da ausência de educação sexual durante este período e impede as gestantes de desfrutar plenamente de sua sexualidade; Foram reconhecidas limitações nas relações sexuais durante a gravidez relacionadas com flutuações no interesse e desejo sexual e com as mudanças físicas; Apesar das falsas crenças e das limitações reconhecidas, as gestantes valorizam muito a atividade sexual e procuram adaptar-se à situação.
Comportamiento y actitud frente a la sexualidad de la mujer embarazada durante el último trimestre. Estudio fenomenológico. Autores: I. Pizarro, A. Martin, V. Prieto, A. Sánchez, F. Espuela Ano: 2019	Explorar as vivências e experiências sobre as relações sexuais no terceiro trimestre de gestação em primíparas.	Estudo qualitativo fenomenológico descritivo realizado em Cáceres, Espanha, em gestantes primíparas no terceiro trimestre (n=15), com colheita de dados através de entrevistas. Nível 3.d – Case – controlled study	Há diminuição da função sexual durante a gravidez, principalmente durante o terceiro trimestre; As relações sexuais não são prioritárias nesta fase devido o medo de prejudicar o feto recorrendo a alternativas ao ato sexual como sinal de afeto; O sexo é um tema tabu o que gera falta de informação sobre a sexualidade durante a gravidez.

Título do artigo / autor(es) / ano	Objetivo do estudo	Metodologia / nível de evidência	Resultados
Percepção masculina sobre atividade sexual no período gestacional Autores: D. Alves, B. Alves, W. Santana, F. Moreira, D. Oliveira, G. Albuquerque Ano: 2018	Descrever a percepção dos homens sobre a atividade sexual no período gestacional.	Estudo descritivo com abordagem qualitativa realizado no Ceará, Brasil, a cônjuges de gestantes atendidas em Unidades Básicas de Saúde (n=10), com colheita de dados através de entrevistas. Nível 3.d – Case – controlled study	Foram identificadas mudanças na atividade sexual relacionadas com o decorrer da gravidez, contudo a prática permaneceu inalterada; Foram identificados mitos associados ao sexo como prejudicial à gestação; Apenas um dos homens entrevistados demonstrou receio em relação à prática sexual no final da gestação.
Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité - partie 1. Autores: C. de Pierrepont, V. Polomno, L. Bouchard e E. Reissing. Ano: 2016	Revisão abrangente da literatura dos últimos 15 anos para concluir o que se sabe sobre a sexualidade perinatal.	Scoping review: Análise de 123 artigos empíricos com metodologias diferentes, utilizando o modelo de Arksey e O'Malley. Nível 3.a – Systematic review of comparable cohort studies	Nota-se uma diminuição gradual e progressiva da maioria dos comportamentos sexuais e da expressão da sexualidade em geral, com uma diminuição mais acentuada no início da gravidez e no 3º trimestre.
Quantitative and qualitative assessment of maternal sexuality during pregnancy. Autores: I. Kračun, N. Tul, I. Blickstein e V. Velikonja. Ano: 2018	Investigar as medidas quantitativas e qualitativas da relação complexa entre a sexualidade e o estado gravídico.	Aplicação de um questionário anônimo a 243 mulher antes das aulas de preparação para o parto. Questionário que compreende o questionário “The Female Sexual Function Index Questionnaire” e das escalas “The Evaluation and Nurturing Relationship Issues, Communication and Happiness (ENRICH) Marital Satisfaction Scale” e “Scale of attitudes toward sexuality”, bem como o “Índice de bem-estar” e a “Escala da imagem corporal” da Organização Mundial de Saúde (OMS). Nível 3.d – Case – controlled study	Foram avaliadas 200 mulheres primíparas, com idade média de 30,5 anos (variação de 21 a 44), com idade gestacional média de 31,6 semanas (variação de 19 a 38). Obteve-se a conclusão que a relação sexual durante a gravidez é menos frequente e menos satisfatória em comparação com o período pré-gravidez. A sexualidade ou certos aspectos da sexualidade (excitação e satisfação com a sexualidade) estão associados ao medo de machucar o feto, satisfação com o relacionamento íntimo com o parceiro, atitude geral em relação à sexualidade, autoimagem física e bem-estar geral. Mulheres que estão mais satisfeitas com seu relacionamento íntimo com o parceiro também estão mais satisfeitas com sua sexualidade.
The Relationship Between the Sexual Self and the Experience of Pregnancy. A u t o r e s : J . L u n d , P. Kleinplatz, M. Charest e J. Huber. Ano: 2019.	Explorar a relação entre a sexualidade e a gravidez, considerando se a forma como a mulher se vê sexualmente é associada à forma como vive a gravidez.	Aplicação do questionário “Sexual Self Survey” e da escala “Pregnancy Experience Scale – Brief Version” (PES-BV) e posterior análise de dados no sistema operativo SPSS. Nível 3.d – Case – controlled study	Os estudos revelam que um “eu sexual” positivo na mulher grávida terá uma estreita relação com a vivência da gravidez, obtendo uma relação positiva entre estes dois fatores. As descobertas incentivam uma discussão mais aprofundada sobre o papel que a educação sexual abrangente e a prática dos profissionais de saúde em saúde materna podem desempenhar no estabelecimento de discussões abertas, honestas e sem julgamento sobre sexualidade entre profissionais de saúde e a grávida/casal.

Título do artigo / autor(es) / ano	Objetivo do estudo	Metodologia / nível de evidência	Resultados
Sexualidade em gestantes e fatores de risco associados. Autores: P. Soares, C. Calou, S. Ribeiro, P. Aquino, P. Almeida e A. Pinheiro. Ano: 2020	Avaliar a função sexual das grávidas e a influência dos fatores sociodemográficos, obstétricos e comportamentais associados à disfunção sexual.	Estudo transversal realizado com 141 grávidas atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS - Brasil) e 120 pelo serviço privado, totalizando 261 participantes. Utilizou-se a aplicação de um questionário, e o instrumento <i>Female Sexual Function Index</i> para avaliar função sexual. Nível 3.d – Case – controlled study	Os fatores associados à disfunção sexual são “idade”, “salário” e “tipo de serviço de saúde”, prevalecendo grávidas entre 21 e 30 anos, com renda entre 1 e 2 ordenados mínimos (brasileiros) e que utilizam o serviço público; A associação da disfunção sexual com as variáveis obstétricas não revelou associação com a idade gestacional, paridade, tipo de parto e número de filhos vivos; A avaliação do FSFI mostrou que o domínio mais foi afetado nos três trimestres foi o “Desejo”. Por sua vez, o domínio “Satisfação” apresentou média superior no 2º e 3º trimestres.
Fatores associados às práticas e posições sexuais realizadas por mulheres grávidas: estudo transversal. Autores: E. Pereira, J. Belém, M. Alves, J. Torquato, P. Firmino, A. Fialho e G. Quirino. Ano: 2021	Identificar fatores associados às práticas e posições sexuais realizadas por mulheres grávidas.	Estudo transversal, quantitativo, realizado com 354 mulheres grávidas, no Brasil, em 2016. Utilizou-se o Questionário de Sexualidade na Gravidez. Nível 3.d – Case – controlled study	Houve redução na iniciativa sexual da mulher, disposição sexual do casal, práticas sexuais e da maioria das posições sexuais, ao passo que se constatou manutenção das atividades sexuais preliminares e da iniciativa para realizá-las. Concluiu-se que práticas e posições sexuais aumentaram em função de: escolaridade, número de partos, vida sexual, desejo e excitação e disposição sexual da grávida, frequência do orgasmo e de práticas sexuais.

Após a análise dos artigos selecionados considera-se relevante dar ênfase às 1) flutuações que ocorrem na sexualidade durante a gravidez à 2) disfunção sexual neste período, bem como, abordar a 3) percepção masculina sobre a sexualidade durante a gestação.

Flutuações na sexualidade durante a gravidez

A gestação é caracterizada por alterações físicas, hormonais e psicossociais que geram expectativas e incertezas na mulher relativamente à capacidade de adaptação à nova fase. Estas mudanças podem ter repercussões na vida sexual da grávida e do seu parceiro, sendo um período em que ocorre diminuição progressiva da maioria dos comportamentos sexuais e da expressão da sexualidade, especialmente no primeiro e terceiro trimestres (FERNÁNDEZ-SOLA *et al.*, 2018; PIERREPONT *et al.*, 2016).

As flutuações no desejo e nas práticas sexuais são frequentes durante toda a gravidez e pós-parto. Os estudos revelam que com o avanço da gestação há uma diminuição do desejo, da frequência do ato e da satisfação sexual, sendo a relação sexual reduzida e substituída por opções menos invasivas. As transformações da gravidez e o receio de que a relação sexual possa originar complicações obstétricas ou fetais, fundamentam o impacto negativo da gestação na função sexual feminina (FERNÁNDEZ-SOLA *et al.*, 2018; PIZZARO, 2019; PRADO; LIMA; DE LIMA, 2013).

Além da diminuição do desejo sexual, a desinformação sobre o tema e as falsas crenças sobre a sexualidade durante a gravidez contribuem para a diminuição da atividade sexual e impedem as gestantes de desfrutar plenamente de sua sexualidade. Este tema é frequentemente descuidado no diálogo entre a gestante e o profissional de saúde, e, por vezes são impostos períodos de abstinência. Estas recomendações, a desinformação e desconhecimento em torno deste assunto e os tabus e preconceitos existentes geram confusão e ansiedade nas gestantes, podendo até levar à limitação do contacto sexual com o parceiro (FERNÁNDEZ-SOLA *et al.*, 2018; PIZARRO, 2019; PRADO; LIMA; DE LIMA, 2013; SILVA *et al.*, 2017).

No primeiro trimestre de gravidez as mudanças físicas e emocionais levam à diminuição do desejo e da frequência das relações sexuais: a mulher está numa fase adaptativa e suscetível, as alterações hormonais podem causar mal-estar e as questões educacionais e culturais vão influenciar o seu comportamento. No segundo trimestre, o desejo sexual tende a aumentar dado que há uma melhoria do bem-estar materno, melhora a lubrificação vaginal e diminuí o medo de perder o feto. No terceiro trimestre de gravidez é frequente a mulher deixar de parte o seu desejo sexual e o do seu parceiro e centrar-se no bem-estar do bebé, não só pelo receio de lhe causar danos, mas também pelas limitações físicas associadas às dimensões corporais. Contudo, os estudos relevam que, apesar das falsas crenças e das limitações reconhecidas, as gestantes valorizam muito a atividade sexual e procuram adaptar-se à situação através da adoção de posições sexuais mais confortáveis para a grávida, outros comportamentos e atividades de ordem sexual como beijos, abraços, preliminares, estimulação mamária, masturbação, cunilingus/felação e sexo anal (FERNÁNDEZ-SOLA *et al.*, 2018; JAWED-WESSEL; SANTO; IRWIN, 2019; NINIVAGGIO, 2017; PIERREMONT *et al.* 2016; PIZARRO, 2019).

Jawed-Wessel, Santo e Irwin (2019) e Kračum *et al.* (2018) referem nos seus estudos que atitudes positivas em relação à prática sexual durante a gravidez estão relacionadas com maior satisfação, existindo uma associação entre as relações íntimas e próximas com os parceiros e o bem-estar geral da grávida. Mulheres com uma imagem corporal positiva têm uma satisfação sexual maior, sendo o papel do parceiro fundamental no apoio que a grávida sente acerca das mudanças corporais. Por outro lado, os medos associados à gravidez estão relacionados com atitudes negativas face à sexualidade e a número inferior de comportamentos sexuais.

Kračum *et al.* (2018), através da aplicação do questionário “The Female Sexual Function Index Questionnaire” e das escalas “The Evaluation and Nurturing Relationship Issues, Communication and Happiness (ENRICH) Marital Satisfaction Scale” e “Scale of attitudes toward sexuality” concluiu que a maioria das mulheres tinha maior frequência de orgasmo,

desejo e excitação sexual, lubrificação vaginal, ausência de dor e satisfação sexual antes da gravidez que durante a mesma. Apesar da maioria das mulheres referirem diminuição do desejo sexual, dispareunia, menor lubrificação vaginal, diminuição da excitação, da frequência do ato sexual e da satisfação durante a gravidez, não houve repercussão direta com a proximidade emocional com o parceiro.

Algumas mulheres referem aumento do desejo sexual durante a gravidez, o que poderá ser explicado pela impossibilidade de uma gravidez não planejada, pela maior proximidade do casal, devido aos planos positivos e expectativas, ou pelas alterações hormonais que a mulher sofre durante este período, sendo que alguns autores sugerem que os orgasmos podem ser mais intensos e frequentes durante a gravidez (PIZZARO, 2019). O autor refere, ainda que quanto mais desejada e difícil é a gravidez, mais impacto tem na vida sexual do casal, contudo Queirós *et al.* (2011) referem que se a vida sexual do casal era satisfatória previamente, não sofrerá ruptura durante a gestação.

Segundo Pierrepont *et al.* (2016), existem 5 razões para iniciar um comportamento sexual: as ligadas ao parceiro, as ligadas à gravidez e trabalho de parto, fatores pessoais, fatores do casal e outros. Nos fatores ligados ao parceiro encontra-se a pressão feita pelo parceiro, a prevenção da infidelidade, a satisfação, o desejo e o prazer do parceiro, bem como, o dever conjugal. Nos fatores ligados à gravidez, estão a facilitação do trabalho de parto e do parto em si, melhoria do bem-estar fetal, preparação do canal de parto e reforço dos músculos pélvicos. Os fatores pessoais são a satisfação dos desejos e vontades pessoais, o prazer/gratificação pessoal, o relaxamento e a expressão do seu amor. Os fatores do casal englobam a busca do prazer sexual de ambos e de cada um enquanto indivíduo. Por fim, os outros fatores remetem ao aspeto recreativo da relação sexual e à ausência da preocupação com a contraceção, o que oferece mais liberdade.

No estudo de Doucet-Jeffray *et al.* (2004), citado por Pierremont *et al.* (2016), em 109 pais, 38, revelaram ter vontade de ter relações sexuais com outra mulher durante a gravidez da parceira, 16 revelaram fantasias masturbatórias e 14 revelaram vontade de ser dominados ou dominar. Destes 109 pais, 12% apresentaram estas fantasias pela primeira vez durante a gravidez da parceira.

Lund *et al.* (2019) através da aplicação do questionário “Sexual Self Survey” e da escala “Pregnancy Experience Scale – Brief Version” (PES-BV) hipotetizou que a visão do “eu sexual” da mulher grávida teria uma estreita relação com a vivência da gravidez, obtendo uma relação positiva entre estes dois fatores. Ou seja, um “eu sexual” positivo está associado a uma experiência positiva da gravidez.

Disfunção sexual na gravidez

A disfunção sexual, tal como a sexualidade, tem várias componentes: biológicas, psicológicas e sociais. Sendo algo que pode ocorrer em qualquer fase da vida da mulher, tem uma probabilidade acrescida de ocorrer durante a gravidez, devido às mudanças hormonais, à mudança da imagem corporal, e à conseqüente alteração da autoestima da mulher, entre outros fatores (PIERREPONT, 2016). Segundo Soares *et al.* (2020), o próprio enfraquecimento do músculo do assoalho pélvico, comum na gravidez, é um dos responsáveis pelo aumento da probabilidade de disfunção sexual, visto serem os movimentos involuntários do músculo do assoalho pélvico que facilitam o orgasmo, e em casos de enfraquecimento, podem causar hipoestesia vaginal e anorgasmia. Apesar do alto número de grávidas com disfunção sexual, observa-se pouca atenção por parte dos profissionais de saúde que acompanham a gravidez, particularmente por esta situação ser vista como fisiológica durante a gravidez e por poucas mulheres referirem esta dificuldade nas consultas, o que ajuda a esta condição passar despercebida pelos profissionais.

Através da aplicação de um questionário a 261 grávidas de baixo risco em que se identificam os fatores que influenciam a disfunção sexual na grávida e a aplicação do “Female Sexual Function Index” (FSFI) a 190 destas grávidas, Soares *et al.* (2020) observaram uma prevalência de disfunção sexual em 32,1% da amostra. Neste estudo, concluem que não só as mulheres, mas também os seus companheiros, têm apreensões associadas à relação sexual com penetração, especialmente ao medo de magoar o bebé, o que pode gerar sentimentos de baixa autoestima e falta de desejo sexual. Verifica-se uma maior probabilidade de conflitos entre o casal e afastamento íntimo entre os dois durante a gravidez, pela função sexual ser inerente a uma vida sentimental saudável. Observam também que a falta de desejo sexual por parte da mulher pode ser influenciada pelas modificações fisiológicas que ocorrem na gravidez (como mais cansaço ou enjoos), bem como a mudança da autoimagem corporal, sendo o desejo sexual o fator o com menos média de domínio da função sexual. Por sua vez, o fator com mais domínio foi a satisfação, que avalia a ligação emocional do casal. Sendo que a satisfação sexual da mulher está estreitamente relacionada com a sua relação amorosa, e não necessariamente relacionada com a relação sexual propriamente dita, os autores associam o aumento da satisfação com o amor crescente que o casal sente durante a gestação (SOARES, 2020).

Relativamente às condições socioeconómicas e ligadas à idade, os autores observam uma maior probabilidade de disfunção sexual em grávidas abaixo dos 30 anos e com situação económica inferior. Tal pode ser explicado pelo recente empoderamento sexual da mulher, especialmente de entre as que tem melhor condição económica e escolar, que mais facilmente procuram ajuda ou conhecimento, sozinhas ou enquanto casal, perto dos

profissionais de saúde, durante as consultas de acompanhamento da gravidez. Em relação à comparação entre multíparas e nulíparas, os autores observam que as nulíparas apresentam maior risco de disfunção, nomeadamente pela falta de experiência, medos e angústias associados à primeira gravidez (SOARES, 2020).

Pereira *et al.* (2021), ao fazer um estudo de revisão da literatura conclui que poucos são os estudos sobre a sexualidade na gravidez que referem as práticas e as posições sexuais. Facto é que durante a gravidez, o aumento do perímetro abdominal dificulta algumas posições, o que diminui o leque de posições disponíveis para a mulher e o casal que sejam confortáveis para a prática sexual. Através da utilização de um questionário desenvolvido pelos autores em que caracterizava a amostra (sociodemográfica, afetivo-sexual e reprodutiva) e do Questionário de Sexualidade na Gestação a 354 mulheres, Pereira *et al.* (2021) concluem que a “face a face, homem por cima, deitados – posição de missionário” foi a posição com maior frequência de realização e a que revelou menos frequência foi “sem contato do olhar, mulher por cima sentada e homem deitado de costas – conchinha”. Os autores observam igualmente, uma preferência diminuída das mulheres para a estimulação vaginal, de forma a evitar o desconforto e devido ao medo de afetar o bebé. Desta forma há uma preferência aumentada para atividades como abraços, estímulos mamários, clitorianos, masturbação a dois e uso de brinquedos sexuais. Os mesmos autores referem, também, que há mulheres que experimentam o orgasmo pela primeira vez durante a gestação devido à sensibilidade extra que a grávida possui, combinada com o sentimento de feminilidade e de intimidade com o parceiro.

A educação sexual deveria fazer parte das consultas rotineiras de acompanhamento à grávida e ao casal, por parte dos profissionais de saúde, independentemente de a mulher abordar o assunto enquanto dificuldade pessoal ou não. A sexualidade na gravidez aproxima o casal e intensifica a união e a intimidade (PEREIRA, *et al.*, 2021), pelo que não deve restringir-se à relação sexual vaginal. A mulher grávida e o casal devem explorar as várias opções que lhes permitam manter a intimidade de forma confortável para os dois.

Perceção masculina sobre a sexualidade na gravidez

A gravidez é um período de preparação para a relação em tríade e ao mesmo tempo a sustentação da relação conjugal, sendo a sexualidade um elo de ligação emocional entre o casal. Deste modo, a transição para a parentalidade pode iniciar ou agravar dificuldades sexuais pré-existentes (QUEIRÓS *et al.*, 2011). Durante o período gestacional o homem passa, também, por adaptações e reajustes psicológicos uma vez que o seu apoio e envolvimento durante a gravidez, parto e o pós-parto têm grande influência no processo de mudança (ALVES *et al.*, 2018).

É importante que o parceiro conheça as transformações inerentes à gravidez, nomeadamente os aspetos e mudanças que podem alterar o desejo e prática sexual do casal. A intervenção durante o período gestacional, nomeadamente a participação nas consultas de vigilância, permite que o envolvimento emocional do homem e ajuda na diminuição dos medos e esclarecimento de dúvidas, contribuindo ainda para a atenuação de situações de stress e o aumento do vínculo afetivo entre o casal (ALVES *et al.*, 2018; SEMENTE *et al.*, 2016).

No estudo realizado por Alves *et al.* (2018) os homens relataram que as relações sexuais durante a gestação sofreram alterações principalmente no que respeita à frequência de realização. Concluiu-se que as mudanças durante a gravidez podem ou não ter impacto na prática sexual do casal e que alguns homens consideram que atividade sexual na gravidez pode magoar o bebé e coloca em risco o nascimento de bebés saudáveis.

A sexualidade durante a gestação é experienciada de forma distinta por cada indivíduo e reflete o ambiente sociocultural em que o casal se insere, bem como, a relação antes da gravidez. A assistência pré-natal deve incluir o parceiro da grávida e promover o conhecimento sobre a temática da sexualidade, para que se desconstruam mitos e assim o casal possa desfrutar da gravidez e da sexualidade de forma saudável (ALVES *et al.*, 2018; PIZZARO, 2019; SEMENTE *et al.*, 2016).

■ CONCLUSÕES

A sexualidade é considerada uma necessidade humana básica e que têm influência na dimensão biopsicossocial de cada indivíduo, na medida em que contribui para o bem-estar físico e psíquico. Cada pessoa interpreta e vivência a sua sexualidade de forma íntima, pelo que deveria existir um acompanhamento holístico da sexualidade na gravidez de forma a promover a relação íntima e sexual saudável nos casais.

A pesquisa evidenciou que apesar de haver uma diminuição na frequência sexual na gravidez, vários casais experienciam um aumento de alguns comportamentos sexuais, sobretudo no 2.º semestre em que há uma estabilização do sentimento de bem-estar da grávida. A sexualidade é afetada pelos fatores psicológicos e fisiológicos da gravidez (cansaço, medos, desconfortos e outros...). Sem esquecer que o sentimento de ser desejada tem uma relação estreita com as alterações de imagem corporal da mulher, o que pode pôr-se como um obstáculo à expressão da sexualidade.

A realização desta revisão evidenciou que a sexualidade na gravidez é um tema com várias lacunas na evidência científica e pouco estudado, particularmente em Portugal. Os estudos centram-se maioritariamente na saúde reprodutiva, aborto espontâneo, educação sexual preventiva e aspetos biológicos da sexualidade durante a gravidez, contudo há necessidade de se realizar pesquisa sobre as dimensões subjetiva e emocional e sobre as experiências

da mulher e do casal durante a gestação, de forma a melhor entender o impacto na gravidez na sexualidade. Neste âmbito, outra das limitações identificadas foi o défice de informação acerca a percepção masculina sobre a sexualidade na gravidez.

O facto de o tema ainda ser tabu contribui para que, de forma geral, as dificuldades experienciadas pela mulher e/ou pelo casal durante a gestação sejam poucas vezes referidas. É necessário haver uma desmistificação da sexualidade na gravidez e neste sentido ressalva-se a importância do diálogo nas consultas de vigilância e da atitude do profissional de saúde, nomeadamente a criação de empatia e a abertura às opiniões do casal, permitindo que se exponham dúvidas. O casal encontra-se num período de vulnerabilidade e é importante identificar fatores de risco e intervir precocemente para facilitar a intimidade e a sexualidade entre os dois. Cabe ao profissional de saúde, nomeadamente ao Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, elucidar e informar a mulher/casal sobre a temática, colmatando a falta de informação e a renitência em falar abertamente sobre o tema e, conseqüentemente facilitando a mudança de comportamentos e atitudes na gravidez.

■ REFERÊNCIAS

1. ALVES, D.; ALVES, B.; SANTANA, W.; MOREIRA, F.; OLIVEIRA, D.; ALBUQUERQUE, G. Male perception of sexual activity in the gestational period. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, 31 (2), pp. 1-9, 2018.
2. FERNÁNDEZ-SOLA, C.; HUANCARA-KANA, D.; GRANERO-MOLINA, J.; CARMONA-SAMPER, E.; LOPEZ, M.; HERNANDEZ-PADILLA, J. Sexualidade durante todas as fases da gravidez: experiências de gestantes. **Acta Paulista de Enfermagem**, 31, pp. 305-312, 2018.
3. FRIAS, A.; FERREIRA, I.; SOUSA, L. Alterações da imagem corporal e sexualidade na gravidez. **Gerenciamento de Serviços e Enfermagem 2**. (pp.1-11). Ponta Grossa-Paraná: Atena Editora. (2021, Jan).
4. JAWED-WESSEL, S., SANTO, J.; IRWIN, J. Sexual Activity and Attitudes as Predictors of Sexual Satisfaction During Pregnancy: A Multi-Level Model Describing the Sexuality of Couples in the First 12 Weeks. **Archives of Sexual Behavior**, 48, pp. 843–854, 2019.
5. KRAČUN, I., TUL, N., BLICKSTEIN, I., VELIKONJA, V.G. Quantitative and qualitative assessment of maternal sexuality during pregnancy. **Journal of Perinatal Medicine**, 24 (47), pp. 335-340, 2019.
6. MUNN, Z.; PORRITT, K.; AROMATARIS, E.; LOCKWOOD, C.; PETERS, M. **Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation**. The Joanna Briggs Institute. 2014.
7. NINIVAGGIO, C.; ROGERS, R.; LEEMAN, L.; MIGLIACCIO, L.; TEAF, D.; QUALLS, C. Sexual function changes during pregnancy. **International Urogynecology Journal**, 28 (6), pp. 923-929, 2017.

8. PAGE, M.; MCKENZIE, J., BOSSUYT, M.; BOUTRON, I.; HOFFMANN, T.; MULROW, C. ET AL. **The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews.** *BMJ*, 71 (372), 2021.
9. PEREIRA, E.V., BELÉM, J.M., ALVES, M.J.H., TORQUATO, J.A.S., FIRMINO, P.R.A., FIALHO, A.V.M., et al. Factors associated with sexual practices and positions performed by pregnant women: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 75 (3), 2022.
10. PIERREPONT, C.; POLOMENO, V.; BOUCHARD, L.; REISSING, E. What do we know about perinatal sexuality? A scoping review on sexoperinatalidade - part 1. **Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction** (Paris), 45 (8), pp. 796-808, 2016.
11. PIZARRO, I.; MARTIN, A.; PRIETO, V.; SÁNCHEZ, A.; ESPUELA, F. Comportamiento y actitud frente a la sexualidad de la mujer embarazada durante el último trimestre. Estudio fenomenológico. **Atencion Primaria**, 51 (3), pp. 127-134, 2019.
12. PRADO, D. S., LIMA, R. V., LIMA, L. M. Impact of pregnancy on female sexual function. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 35 (5), pp. 205-209, 2013.
13. QUEIRÓS, A.; CONDE, P.; CUNHA, V.; AMBRÓSIO, P.; MARQUES, F. J.; SERRANO, F. Sexualidade no terceiro trimestre de gravidez. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, 27 (5), pp. 434-443, 2011.
14. SEMENTE, P., MACEDO, V., FERNANDES E., TEIXEIRA, G., ARAÚJO, M., CARVALHO, J. Vivências de homens na gestação de alto risco da companheira. **Journal of Health and Biological Sciences**, 4 (3), pp. 181-186, 2016.
15. SILVA, B.; MARTINS, M.; PIVETTA, M.; BRAZ, M. Disfunções sexuais nos três trimestres gestacionais. **ConScientiae Saúde**, 16 (3), pp. 360-366, 2017.
16. SOARES, P., CALOU, C., RIBEIRO, S., AQUINO, P., ALMEIDA, P., PINHEIRO A. Sexuality and associated risk factors in pregnant women. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 73 (4), 2020.

Influência da suplementação de ácido fólico ao nível da díade mãe/filho: uma revisão integrativa

| **Helena Alexandra da Silva Ildefonso**

Unidade de Saúde Familiar - Matriz, Portugal

| **Raquel Filipa Fernandes Domingos**

Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, Portugal

| **Ana Maria Aguiar Frias**

Universidade de Évora, CHRC, Portugal

RESUMO

As evidências apontam para a importância de uma nutrição adequada na prevenção de desequilíbrios nutricionais antes e durante a gravidez, nomeadamente, ao nível da suplementação de ácido fólico. A sua ausência, deficiência ou até mesmo excesso pode desencadear alterações/malformações ao nível fetal e materno. **Objetivo:** Analisar a influência da suplementação de ácido fólico ao nível materno e no desenvolvimento do embrião/feto. **Metodologia:** Recorreu-se a uma Revisão Integrativa da Literatura, nas bases de dados *National Library of Medicine - Pubmed, CINAHL Complete, Medline Complete e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive Edition (EBSCOHost web)*, utilizando como auxiliar de construção a metodologia PICO. **Resultados:** Da literatura analisada pôde aferir-se o efeito preventivo que o ácido fólico exerce na mulher, desde a fase pré concecional até ao nascimento do filho, na redução do risco de pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional, mas também de patologias associadas ao desenvolvimento físico e neuropsicológico da criança, como defeitos ao nível do tubo neural, transtornos do espectro do autismo, entre outros. **Conclusão:** A suplementação com ácido fólico numa fase precoce, assim como a prática de uma correta nutrição, potenciam o desenvolvimento de uma gestação de sucesso, levando à redução da morbilidade e mortalidade materno-fetal. A aposta na otimização da atuação dos profissionais de saúde, numa perspetiva preventiva/interventiva na área pré-concecional/saúde materna poderão trazer inúmeros benefícios para a díade.

Palavras-chave: Ácido Fólico, Gravidez, Nutrição, Periconcecional, Vitaminas.

■ INTRODUÇÃO

A gestação é uma fase crítica da vida da mulher trazendo implicações a nível funcional, metabólico, físico, emocional, comportamental e nutricional necessárias para uma boa evolução da gravidez (CARREIRO, 2018). O estado nutricional da mulher antes da gravidez vai condicionar o bem-estar e a qualidade de vida da mãe e dos filhos, sabendo-se hoje que as opções alimentares da mãe poderão refletir-se nas gerações futuras.

Dos inúmeros fatores que podem ter influência ao nível da expressão dos genes, aqueles que poderão ser mais facilmente controlados são os que estão relacionados com a alimentação e nutrição (CARREIRO, 2018). Uma ingestão inadequada de multinutrientes, nomeadamente de ácido fólico, poderá potenciar defeitos congénitos ao nível do tubo neural, cardíacos e fenda palatina (LÓPEZ *et al.*, 2017).

Sabe-se hoje que, quando se inicia a suplementação de ácido fólico na fase pré concepcional até aos primeiros meses de gestação, diminui a mortalidade e morbidade neonatal levando, indiretamente, a um alívio em termos do peso económico do sistema de saúde (KONDO *et al.*, 2017).

■ METODOLOGIA

Tipo de estudo

Este artigo segue as orientações definidas para a elaboração de uma revisão integrativa da literatura, baseada em 6 passos: identificação do tema e definição da pergunta de pesquisa, definição dos critérios de inclusão/exclusão do estudo, pesquisa de literatura, seleção dos artigos e recolha de dados, avaliação da qualidade dos estudos incluídos, síntese dos dados, avaliação da qualidade das evidências, análise e interpretação dos resultados. (GALVÃO *et al.*, 2008).

Questão de partida e estratégia de recolha de dados

A questão de investigação, “Quais os efeitos da toma de ácido fólico ao nível materno fetal?”, foi definida com base na metodologia PICO (DONATO; DONATO, 2019). Ainda com base na mesma orientação apresenta-se, de seguida, a descrição das componentes da questão de investigação, na tabela 1.

Tabela 1. Componentes da questão de investigação.

ACRÔNIMO E DESCRIÇÃO	COMPONENTES DA QUESTÃO
População	Mulheres grávidas
Intervenção	Suplementação de ácido fólico na gravidez
Comparações das intervenções	Comparação entre grupos de grávidas que fazem a suplementação de ácido fólico e grupos que não o tomam.
Outcomes (resultados intermediários e finais)	A suplementação de ácido fólico (usado isoladamente ou em complexos multivitamínicos) seja ao nível da dosagem ou do seu efeito, exerce uma ação direta ou indireta na redução dos riscos de ocorrência de inúmeras patologias fetais.
Desenho dos estudos	Quantitativos e randomizados

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A revisão integrativa foi obtida através dos motores de busca: *National Library of Medicine - Pubmed (PMC - NCB)*, em 18 de Novembro de 2021, *CINAHL Complete*, *Medline Complete* e *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive Edition (EBSCOHost web)*, em 9 de Novembro do mesmo ano.

Para obter os artigos referentes à pesquisa foram utilizadas palavras-chave através dos descritores controlados *MeSH (Medical Subject Headings)*, *DeCS (Descritores em Ciências da Saúde)* e descritores não controlados (palavras textuais e sinónimos). De seguida, esses descritores foram combinados com delimitadores de pesquisa, como é o caso dos operadores booleanos “AND” e “OR”.

Foram ainda definidos outros limitadores de pesquisa, tais como: a data da publicação entre os anos de 2016-2021, escritos em português, espanhol ou inglês e com acesso a texto integral.

Critérios de inclusão e exclusão

A definição dos critérios de inclusão e exclusão é de extrema importância, uma vez que direciona o nosso estudo, para que o objetivo pretendido seja alcançado, visto que um elevado número de estudos pode não permitir a construção da revisão.

O processo de inclusão e exclusão dos artigos para o estudo, deve ser claro e perceptível, visto que a representação da amostra é tida como um indicador de qualidade, fiabilidade e profundidade (DONATO; DONATO, 2019).

Tabela 2. Critérios de inclusão e exclusão.

Critérios	Inclusão	Exclusão
População	Mulheres grávidas/fetos	Estudos baseados em experiências em animais
Intervenção	Suplementação de ácido fólico na gravidez	_____
Contexto	Comunidade	_____
Outcomes	Foram selecionados os estudos que apresentaram resultados concretos, bem definidos, acerca da influência do ácido fólico no bem-estar materno e desenvolvimento fetal. Selecionamos os estudos que, após avaliação, apresentavam a classificação de Alta ou Moderada evidência no Sistema GRADE.	Artigos cujos resultados eram dúbios. Foram retirados todos os estudos que, após avaliação, apresentaram uma classificação menor no Sistema de GRADE.
Tempo	2016-2021	<2016

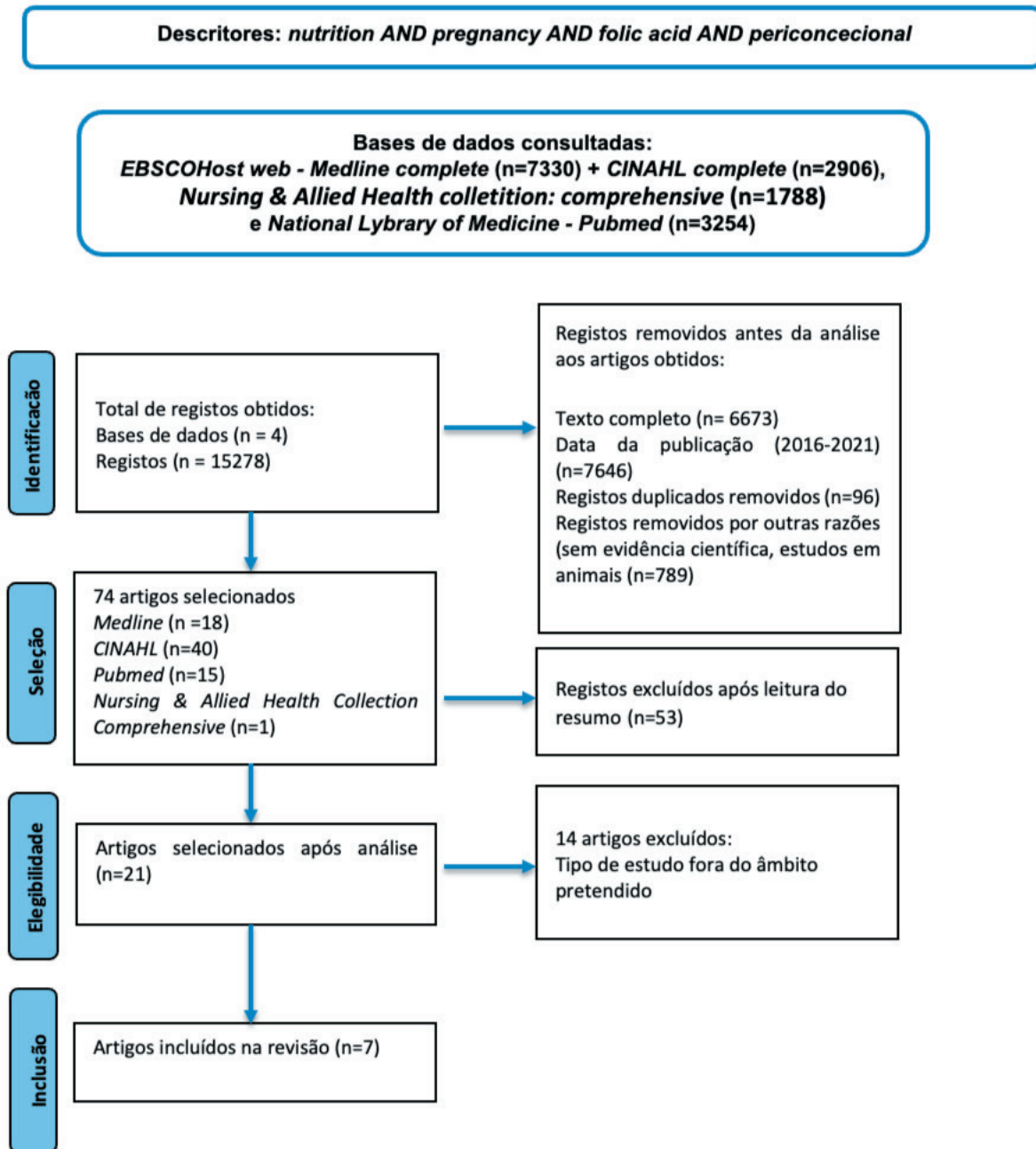
Fonte: Elaborada pelas autoras.

Extração de dados e avaliação da qualidade

A extração dos dados foi feita por duas revisoras de forma independente, tendo sido posteriormente analisadas em conjunto. Foi primordial determinar o nível de evidência de cada um dos artigos, selecionados para o estudo. Para comprovar esse nível e a qualidade dos artigos selecionados, foram utilizadas as grelhas de *The Joanna Briggs Institute*, sendo que para que os estudos fossem incluídos nesta revisão, foram considerados aqueles que preencheram pelo menos 50% dos itens contidos na respectiva grelha de avaliação.

Relativamente à forma como foram selecionados os artigos apresenta-se um diagrama, elaborado conforme recomendação PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses statement*) (PAGE; MCKENZIE; BOSSUYT; BOUTRON *et. al.*, 2021).

Figura 1. Diagrama PRISMA dos estudos identificados, incluídos e excluídos através de bases de dados.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Da literatura examinada foram selecionados 7 artigos que se consideram irem ao encontro da questão de investigação. Optou-se por apresentá-los em tabelas no sentido de facilitar a sua análise/interpretação.

Tabela 3. Literatura Examinada.

Artigo 1/ano: "Effects of prenatal micronutrients supplementation timing on pregnancy-induced hypertension: Secondary analysis of a double-blind randomized controlled trial" (2021)	
<p>Desenho/objetivo do estudo: Este é um ensaio clínico randomizado duplo cego, com três grupos em estudo, submetidos a toma de ácido fólico, ácido fólico e ferro ou micronutrientes até ao parto. Investiga a associação entre a duração da suplementação e o surgimento de Hipertensão associada à gravidez.</p> <p>Número e tipo de participantes: 18.775 Mulheres grávidas nulíparas</p> <p>Nível de evidência: MODERADO</p>	<p>Resultados: Das 18.775 grávidas, foram criados três grupos: 6.261 suplementadas com ácido fólico, 6.252 suplementadas com ferro e ácido fólico e 6.262 suplementadas com micronutrientes.</p> <p>As gestantes que consumiram ácido fólico ou ácido fólico + ferro, antes das 12ª semanas de gestação, não mostraram risco significativamente reduzido de hipertensão associada à gravidez, comparativamente quando a toma dessas suplementações se inicia a partir da 12ª semana.</p> <p>Relativamente ao grupo suplementado com micronutrientes, foi comprovado que o consumo precoce de micronutrientes antes da 12ª semana de gestação, reduz em 26% o risco de Hipertensão associada à gravidez. Nomeadamente no que concerne aos subtipos de Hipertensão associada à gravidez de início tardio e precoce, a suplementação com micronutrientes antes da 12ª semana de gestação, mostrou efeitos protetores diminuindo assim o risco para 23%.</p> <p>Conclusões: a suplementação diária com micronutrientes, desde o 1º Trimestre de gravidez, poderá proporcionar uma proteção contra a Hipertensão associada à gravidez.</p> <p>No entanto, não se verificou associação entre o momento de suplementação com ácido fólico e ferro ou ácido fólico e o efeito protetor contra a Hipertensão associada à gravidez.</p>
Artigo 2/Ano: "High doses of folic acid in the periconceptional period and risk of low weight for gestational age at birth in a population based cohort study" (2019)	
<p>Desenho/objetivo do estudo: Investigar a relação entre a suplementação de ácido fólico em diferentes estádios de gravidez e as medidas antropométricas da criança ao nascer (peso, comprimento e perímetro cefálico)</p> <p>Número e tipo de participantes: 2302 pares mãe-filho</p> <p>Nível de evidência: ALTO</p>	<p>Resultados: Das informações obtidas, por questionário, sobre a dosagem de ácido fólico, no primeiro trimestre (entre as 10-13s) e no terceiro (entre as 28-32s) e dos dados acerca das medidas antropométricas retiradas do BSI, nas primeiras 12h após o parto, pode observar-se: uma associação negativa entre a toma de dosagens mais altas de ácido fólico (entre os 1000-4999 microg/dia e ≥5000 microg/dia) na gravidez e o peso das crianças ao nascerem, quando comparadas com o grupo de grávidas que não tomou esta vitamina.</p> <p>Conclusões: Este estudo revela a importância de se fazer uma suplementação adequada, nomeadamente ao nível da dosagem de ácido fólico. Dosagens elevadas podem levar ao comprometimento do desenvolvimento fetal, determinando o peso ao nascer e com todas as consequências negativas que daí possam advir.</p>
Artigo 3/Ano: "Association of folic acid supplementation during pregnancy with the risk of autistic traits in children exposed to anti-epileptic drugs in útero" (2017)	
<p>Desenho/objetivo do estudo: Verificar se a suplementação de ácido fólico e os níveis de folato na gravidez têm influência na redução do risco de traços autistas em fetos expostos in útero a terapêutica antiepiléptica</p> <p>Número e tipo de participantes: 95.006 mulheres grávidas, das quais 629 com epilepsia e 94337 sem epilepsia.</p> <p>Nível de evidência: ALTO</p>	<p>Resultados: Mães que fazem terapêutica antiepiléptica têm um risco acrescido (5 a 8x mais) de que o seu filho tenha traços autistas se não fizerem a suplementação de ácido fólico. Sem este aporte, 1 em cada 3 crianças sujeitas a terapêutica antiepiléptica (independentemente do medicamento) apresentava traços autistas aos 18 e 36m. Os autores observaram ainda que os níveis plasmáticos de folato na mãe, na décima sétima à décima oitava semana de gestação, estavam inversamente relacionados ao grau de traços autistas aos 3 anos de idade. Para crianças que não foram expostas a terapêutica antiepiléptica na gravidez o risco aumentava ligeiramente se a mãe não tivesse usado suplemento de ácido fólico na gestação.</p> <p>Conclusões: Através deste estudo, os autores concluíram que a suplementação de ácido fólico, no início da gravidez, é de extrema importância para qualquer mulher que engravida, seja ela epilética ou não.</p> <p>São inúmeros os antiepilépticos que influenciam negativamente a absorção do ácido fólico e o metabolismo do folato, levando a um maior risco de deficiência desta vitamina no organismo da grávida epilética. Por esta razão, a dosagem de ácido fólico nas grávidas epiléticas deve ser superior à das grávidas não epiléticas. Para além de superior, os autores do estudo defendem ainda que, mulheres epiléticas, em idade fértil, devem fazer o suplemento de ácido fólico continuamente, de forma a garantir que, quando houver uma gravidez, o aporte de ácido fólico foi garantido desde o início da gestação. Dado que muitas das mulheres epiléticas não planearam a gravidez ou iniciaram a suplementação mais tarde que as mulheres não epiléticas, esta medida revela-se ainda mais importante.</p>

Artigo 4/Ano: “Association of maternal use of Folic acid and multivitamin supplements in the periods before and during pregnancy with the risk of autism spectrum disorder in offspring” (2018)	
<p>Desenho/objetivo do estudo: Investigar a relação entre a suplementação materna (de ácido fólico e suplementos multivitamínicos) e o risco de ocorrência de transtorno do espectro autista na descendência. A suplementação</p> <p>Número e tipo de participantes: Aplicado a 45.300 crianças israelitas (nascidas entre 01/01/2003 e 31/12/2007, acompanhadas desde o nascimento até 26 de janeiro de 2015)</p> <p>Nível de evidência: ALTO</p>	<p>Resultados: Neste estudo pode verificar-se que existiu uma redução do risco de transtorno do espectro autista nas mulheres que antes e durante a gravidez, fizeram suplementação de ácido fólico e/ou de multivitaminas relativamente às mulheres que não o fizeram.</p> <p>Conclusões: Neste estudo concluiu-se a existência de uma redução do risco de transtorno do espectro autista nos filhos das mulheres que fizeram a suplementação. Esta diminuição não foi tão evidente no que toca aos filhos de pais com doença psiquiátrica, talvez pelo facto de puder haver falhas na toma. Este resultado foi igual independentemente do sexo do feto.</p> <p>De salientar neste estudo a sua longa duração que permitiu analisar a influência da suplementação num período maior do que qualquer outro estudo que tenhamos conhecimento.</p> <p>Baseados na informação obtida, estes autores reforçam a importância do uso prolongado de ácido fólico e multivitaminas durante a gravidez.</p>
Artigo 5/Ano: “Periconceptual folic acid and risk for neural tube defects among higher risk pregnancies” (2019)	
<p>Desenho/objetivo do estudo: Analisar a associação entre o consumo de ácido fólico e a ocorrência de defeitos do tubo neural entre 4 grupos de maior risco.</p> <p>Número e tipo de participantes: Grávidas com antecedentes pessoais e familiares de defeitos do tubo neural. Grávidas epiléticas que fazem medicação anti-epilética no período periconcepcional. Grávidas com diabetes pré-gestacional. Grávidas com obesidade pré-gestacional</p> <p>Nível de evidência: MODERADO</p>	<p>Resultados: Pode observar-se a influência positiva do ácido fólico sob a redução do risco de malformações do tubo neural, nas 4 categorias em estudo, nas mulheres que o tomaram em oposição às que não fizeram este aporte vitamínico. De salientar a separação da suplementação de ácido fólico em 3 categorias, relativamente à dosagem: menos de 400 microgramas, 400 - <1000 microgramas e > ou = 1000 microgramas.</p> <p>No caso dos antecedentes pessoais e familiares a redução do risco tornava-se evidente desde a dosagem dos 400 microgramas e maior ainda nas doses maiores ou iguais a 1000 microgramas. Relativamente aos restantes fatores de risco a dosagem maior ou igual a 1000 microgramas era positiva.</p> <p>Conclusões: A suplementação de ácido fólico influi positivamente na redução do risco de malformações do tubo neural, quer seja devido aos antecedentes pessoais e familiares, à toma de anti-epiléticos, à diabetes ou à obesidade na gravidez.</p> <p>De uma forma geral concluiu-se que dosagens acima dos valores considerados de referência são recomendados quando existem fatores de risco associados à gravidez. Embora o grau de influência varie em função do fator de risco específico envolvido.</p>
Artigo 6/Ano: “Effect of high dose folic acid supplementation in pregnancy on pre-eclampsia (FACT): double blind, phase III, randomised controlled, international, multicentre trial” (2018)	
<p>Desenho/objetivo do estudo: Este estudo pretende verificar a eficácia da suplementação com elevadas doses de ácido fólico, como prevenção da pré-eclâmpsia, em mulheres grávidas, com pelo menos um dos seguintes fatores de risco pré-existent: IMC ≥35, hiper-tensão, diabetes pré-gestacional (tipo 1 ou 2), gestação gemelar, pré-eclâmpsia numa anterior gestação.</p> <p>Número e tipo de participantes: Após critérios de exclusão foi selecionada uma amostra de 2.301 grávidas, das quais 1.144 foram incluídas no grupo do ácido fólico e 1.157 no grupo placebo.</p> <p>Nível de evidência: ALTO</p>	<p>Resultados: Este estudo randomizado controlado, não apresentou evidências de que a suplementação com elevadas doses de ácido fólico, desde as 8 ou 16 semanas até ao momento do parto, previne a pré-eclâmpsia em mulheres de risco.</p> <p>Conclusões: Conclui-se que a suplementação com 4,0mg de ácido fólico, para além do primeiro trimestre, não surte qualquer efeito protetor para o risco de pré-eclâmpsia, em grávidas com um risco acrescido para essa condicionante.</p>
Artigo 7/Ano: “Maternal folate levels during pregnancy and children’s Neuropsychological development at 2 years of age” (2020)	
<p>Desenho/objetivo do estudo: Analisar a correspondência entre a dosagem de folato e o desenvolvimento neuropsicológico cognitivo nos primeiros 2 anos de vida da criança. Estas foram submetidas a uma análise com base numa escala própria, feita por avaliadores especializados, que permite avaliar a motricidade grossa, a motricidade fina, a linguagem, o comportamento adaptativo e o comportamento social. Nas grávidas a dosagem de folato sérico foi medida através de análises ao sangue feitas às 12-14s, 22-26s e às 34-36s).</p> <p>Número e tipo de participantes: Grávidas e crianças até aos 2 anos.</p> <p>Nível de evidência: MODERADO</p>	<p>Resultados: Os resultados obtidos revelam uma influência positiva, do folato, ao nível da categoria “linguagem”. Concluiu-se também que as necessidades de folato ao longo da gravidez foram diferentes havendo uma redução abrupta no segundo trimestre. Confirmou-se haver uma proporção direta entre maiores níveis de folato e um melhor desenvolvimento da linguagem.</p> <p>Conclusões: A diferença da concentração de folato nos vários trimestres pode dever-se ao facto de no segundo as necessidades do feto por folato serem maiores.</p> <p>Tendo em conta os dados obtidos no final da gravidez os autores realçam a necessidade do aporte desta vitamina durante toda a gestação.</p>

Fonte: Elaborado pelas autoras.

■ RESULTADOS E DISCUSSÕES

De forma a promover um crescimento e desenvolvimento fetal adequados são desencadeadas inúmeras alterações metabólicas e fisiológicas que exigem um reforço das necessidades nutricionais, levando à necessidade de recomendações alimentares ajustadas para esta fase da vida da mulher (DGS, 2021).

O papel da nutrição materna é identificado, em vários estudos epidemiológicos, como um fator determinante do desenvolvimento pré-natal, podendo, em situações de carência alimentar, potenciar alterações a nível intrauterino que vão afetar, não só a curto prazo, o crescimento fetal, mas também poderão trazer implicações a longo prazo (NAVARRETE-MUÑOZ *et al.*, 2019).

Hábitos nutricionais maternos inadequados resultam em complicações materno-fetais, como é o exemplo da pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, macrossomia (mais de 4000 g ao nascimento), malformações congénitas, morte fetal, baixo peso ao nascimento, insucesso no aleitamento materno e mortalidade materna, bem como a programação metabólica para a doença na vida adulta do recém-nascido (DGS, 2021).

Conscientes da importância que a diversidade de nutrientes exerce sobre a díade mãe/filho, optou-se por se fazer, inicialmente, uma revisão, explorando os benefícios destas substâncias para o metabolismo orgânico, crescimento, desenvolvimento e manutenção das funções vitais, mas também dos riscos que a sua carência poderá trazer.

Passa-se a apresentar os resultados obtidos.

Tabela 4. Nutrientes: benefícios e riscos em caso de carência.

Identificação	Benefícios	Riscos da sua carência
Ácido fólico	Diminuição da incidência de lábio leporino, patologias cardíacas congênicas. A suplementação com ácido fólico diminui o risco de leucemia linfoblástica aguda na infância.	Materno: anemia, infeção puerperal Feto: defeitos do tubo neural (anencefalia ou encefalocele e espinha bífida).
Ácidos gordos	Menor probabilidade de parto prematuro, maior peso do recém-nascido à nascença, diminuição do risco de hipertensão, aumento do desenvolvimento do sistema nervoso e função visual, melhoria das funções posturais, motoras e sociais dos bebés prematuros	Parto prematuro.
Cálcio	É fundamental para a conservação óssea, excitabilidade neuromuscular, transmissão nervosa, coagulação do sangue, contração do músculo liso e ativação enzimática.	Pré-eclâmpsia e parto prematuro.
Cobre	Melhora o estado de humor da gestante	_____
Ferro	Contribuindo para o transporte de oxigênio. É assim essencial para a placenta, aumento do volume uterino, aumento da síntese de glóbulos vermelhos e crescimento fetal.	Na gestação é comum surgir uma anemia fisiológica, pelo que é necessário cumprir uma suplementação de ferro.
Fósforo	É um constituinte essencial dos ácidos nucleicos e das membranas celulares, estando envolvido na produção e condução de energia sob a forma de ATP, no equilíbrio ácido-básico, estimula a mineralização óssea e ativa diversas vias metabólicas.	_____
Iodo	Contribui para o desenvolvimento cerebral do feto.	Bócio endêmico, abortos espontâneos recorrentes, atraso mental e cretinismo

Identificação	Benefícios	Riscos da sua carência
Magnésio	Regular da temperatura corporal, a síntese de proteínas e ácido nucleicos para a conservação dos potenciais elétricos das células musculares e nervosas.	Pré-eclâmpsia
Selénio	É um antioxidante poderoso, que é utilizado contra os radicais livres.	A suplementação é utilizada em mulheres com doenças autoimunes da tiroide.
Vitamina A	Tem um papel relevante na divisão, diferenciação e proliferação celular. É importante para o desenvolvimento e maturação dos órgãos e regula a função imunológica.	Descolamento prematuro da placenta e pré-eclâmpsia.
Vitamina B1 e B2	A vitamina B1 é fundamental para o desenvolvimento dos músculos, nervos e ossos do bebé. A vitamina B1 e a vitamina B2, constituem uma fonte essencial para o crescimento fetal ao longo de toda a gestação.	A carência da vitamina B1, resulta em situações de Beribéri e encefalopatia de Wernicke. A carência de vitamina B2, surge uma síndrome caracterizada por quilose, estomatite, glossite, ceratite distúrbios oculares e dermatite seborreica.
Vitamina B3	No período gestacional existe uma capacidade superior de transformar o triptofano em niacina (vitamina B3), fato este que se encontra relacionado com a elevada taxa de estrogênio.	A carência de vitamina B3, origina dermatite, diarreia e demência.
Vitamina B6	É fundamental para o desenvolvimento do Sistema Nervoso e cognitivo. Reduz o risco cardiovascular.	Anemia, lesões cutâneas e sintomas neurológicos.
Vitamina B12	É fundamental para um funcionamento adequado da função cerebral e do sistema nervoso, contribui ainda para a constituição do sangue e dos seus elementos.	Anemia megaloblástica Neuropatia, malformações congênicas, defeitos do tubo neural, arteriosclerose, obesidade materna e dislipidemia.
Vitamina C	Reduz o stress oxidativo e melhora o decurso de situações de pré-eclâmpsia. Devolve a vitamina E oxidada à vida útil, restituindo assim as reservas desta vitamina.	Risco aumentado de infeções, rutura prematura de membranas e pré-eclâmpsia.
Vitamina E	É um antioxidante fundamental para o sucesso da gestação.	Pré-eclâmpsia, descolamento prematuro da placenta. Bebés prematuros, com baixo peso ao nascer e um risco superior de anemia hemolítica.
Vitamina D	É fundamental para a mineralização óssea, através da regulação da homeostase do cálcio e do fósforo. Atua também ao nível do sistema endócrino, imunológico e cardiovascular.	Conduz a alterações no metabolismo do cálcio, quer para o feto quer para a mãe.
Vitamina K	Esta vitamina é essencial para a carboxilação de resíduos do ácido glutâmico, em algumas proteínas dependentes da vitamina K, responsáveis pela coagulação do sangue, metabolismo ósseo, prevenção da mineralização de vasos e regulação das diversas funções celulares.	Hemorragia materno-fetal.
Zinco	Tem um papel importante nas funções vitais celulares (mitose, síntese de DNA, síntese de proteínas, expressão e ativação genética).	Rutura prematura de membranas, parto prematuro, baixo peso ao nascer, alterações no desenvolvimento imunológico, malformações congênicas (alterações palatinas, cardíacas, urológicas, esqueléticos e cerebrais).

Fonte: BALLESTIN *et al.* (2021).

De entre os vários nutrientes, optou-se por estreitar a pesquisa e salientar/desenvolver a ação de um nutriente, o ácido fólico (na sua forma mais simples, o folato) ao nível materno fetal.

A escolha deste nutriente prende-se com o facto de ser uma substância que exerce um papel fundamental a vários níveis do desenvolvimento fisiológico e metabólico do feto, desde a pré conceção e durante a gravidez, contribuindo, por exemplo, no processo de formação das hemácias e leucócitos, ao nível da medula óssea, ou na prevenção dos defeitos do tubo neural.

No início da gestação, devido à rápida proliferação celular característica deste período, é necessária uma grande dosagem de ácido fólico para fazer face ao crescimento e desenvolvimento do embrião e dos tecidos maternos.

Por todas as alterações fisiológicas que ocorrem, a grávida, nesta fase, necessita de um maior aporte de energia e nutrientes e, especificamente no que diz respeito ao ácido fólico, existe um aumento da necessidade de cerca de 18-76%, quando comparadas com a mulher não grávida. Contudo, é comum as mulheres apresentarem carência não só de ácido fólico, mas também de outros micronutrientes por terem hábitos nutricionais inadequados (ALFONSO *et al.*, 2018).

Assim sendo e constatando-se que esta necessidade dificilmente é suprida com a alimentação é, então, essencial utilizar uma suplementação com ácido fólico.

A dosagem recomendada para as gestantes, pela OMS (2020), no que diz respeito a este nutriente é de 400 μ g (0,4mg), com o objetivo de prevenir a anemia materna, infecção puerperal, baixo peso à nascença e parto prematuro. A mesma organização sensibiliza ainda para a importância de se estimular o consumo de alguns alimentos ricos em ácido fólico como é o caso de algumas frutas e vegetais, bem como a utilização de cereais integrais (pão integral, massa e arroz integrais) e leguminosas (lentilhas, ervilhas, feijão, grão-de-bico, favas).

Segundo uma revisão Cochrane, pode-se constatar que a utilização de suplementação com ácido fólico, desde o período concepcional até às 12 semanas de gestação, é eficiente na prevenção dos defeitos do tubo neural (BROWN; WRIGHT, 2020).

Esta suplementação contribui, assim, para evitar os efeitos adversos da sua carência: abortos, partos prematuros (pré-termo), baixo peso ao nascer e defeitos do tubo neural.

Em algumas revisões sistemáticas e meta-análises acerca da suplementação de ácido fólico durante o período gestacional, foi possível verificar: um risco diminuído de pré-eclâmpsia, parto prematuro e recém-nascidos pequenos para a idade gestacional. (BROWN; WRIGHT, 2020).

Um bom estado nutricional e o controle do peso durante a gravidez e lactação podem contribuir para a prevenção de doenças crônicas associadas a maus hábitos alimentares.

Ácido fólico vs defeitos do tubo neural

A carência de ácido fólico pode alterar a divisão celular e a síntese proteica resultando em alterações ao nível do tubo neural, numa fase inicial da gravidez (CARREIRO, 2018). Sabendo que o encerramento do tubo neural acontece vinte e oito dias depois da concepção e que muitas malformações fetais se vão desenvolver nas primeiras 12 semanas, a suplementação de ácido fólico deverá começar a ser feita antes da gravidez até às 12 semanas. Para além da componente nutricional existem outros fatores como os ambientais e os genéticos

que poderão constituir um risco para o aparecimento de alterações/não encerramento do tubo neural (KONDO *et al.*, 2017).

No caso de mulheres que tiveram gravidezes anteriores em que os fetos apresentaram malformações, como espinha bífida, anencefalia e enfalocelo, estas situações, por si só, são um fator de risco para uma futura gravidez, sendo necessário, fazerem uma dosagem de ácido fólico superior à quantidade estabelecida como padrão (PETERSEN *et al.*, 2019).

Ácido fólico vs autismo

Para além dos efeitos positivos conhecidos do ácido fólico relativamente à prevenção de defeitos do tubo neural, a sua influência pode estender-se a alterações neurocomportamentais e emocionais, como por exemplo, a transtornos do espectro do autismo (TEA) assim como a alterações do desenvolvimento (GAO *et al.*, 2016).

A suplementação de ácido fólico de forma isolada ou em conjunto com multivitamínicos desde a fase pré concecional, pelo menos quatro semanas antes e até às oito semanas de gravidez, influi ao nível do desenvolvimento do sistema nervoso central, nomeadamente, no desenvolvimento de estruturas cerebrais básicas (LEVINE *et al.*, 2018).

O folato surge como uma possibilidade de tratamento, entre poucas alternativas, para crianças que sofrem de transtorno do espectro autista sendo, normalmente, um método seguro e com boa tolerância. Contudo, ainda são necessárias mais pesquisas que forneçam dados acerca da dose adequada a fazer, o tipo de folato a administrar e com que nutrientes poderá ser associado (CARREIRO, 2018).

Ácido fólico vs pré-eclâmpsia

Em cerca de 5% a 12% das mulheres grávidas vai-se manifestar uma destas alterações: pré-eclâmpsia e parto prematuro com ou sem restrição de crescimento fetal (BRIEN, 2020). Tanto nos países desenvolvidos como nos países em vias de desenvolvimento, os distúrbios hipertensivos manifestam-se com alguma frequência e vão constituir um fator de relevo no que diz respeito à mortalidade e morbidade materno-fetal (HUAN, 2016).

O diagnóstico de pré-eclâmpsia é feito quando temos valores tensionais superiores a 140mmHg/90mmHg, em dois momentos, com um intervalo de 6 horas entre eles e proteinúria superior a 2⁺ em teste de fita, ou maior que 300mg na colheita de urina das 24 horas. Essas alterações podem ainda ser complementadas com sintomas clínicos e resultados laboratoriais, por exemplo, síndrome de HELLP, trombocitopenia, insuficiência renal, edema pulmonar, manifestações cerebrais ou visuais e níveis altos de ácido úrico, na falta de proteinúria (WEN *et al.*, 2016).

Com um diagnóstico de pré-eclâmpsia surge um risco aumentado da mulher vir a ter problemas ao nível do desenvolvimento placentário, potenciando a probabilidade de descolamento da placenta. Tem, ainda, uma maior propensão para vir a apresentar hipertensão crónica ou doença isquémica cardíaca. No caso do feto, poderá ocorrer parto prematuro, restrição do crescimento *in útero* e uma maior mortalidade perinatal (BULLOCH, 2018).

Segundo Liu *et al.* (2018), o ácido fólico exerce um efeito de redução dos níveis de homocisteína no sangue responsáveis por desencadarem hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia.

A grande maioria dos estudos desenvolvidos até agora não têm tido em conta o ácido fólico como nutriente isolado, mas sim, como parte integrante de um suplemento multivitamínico. Contudo, pensa-se que o seu efeito será superior em relação a outras vitaminas, uma vez que: 1) estudos feitos a outras vitaminas isoladas revelam que estas não exercem efeito na redução dos riscos de pré-eclâmpsia; 2) um estudo concluiu que existia uma relação entre o ácido fólico e a redução do risco de desenvolver pré-eclâmpsia e 3) num estudo farmacoepidemiológico foi feita uma comparação entre grávidas que faziam antagonistas do ácido fólico e as que não faziam, tendo-se concluído que os riscos estavam mais elevados nas que faziam os antagonistas (HUA *et al.*, 2016).

A suplementação de ácido fólico facilita a implantação da placenta, o que se vai refletir em termos das manifestações de distúrbios hipertensivos. Para além disso, verificou-se uma relação inversa entre o tempo de duração da toma da suplementação e o risco de acidente vascular cerebral, podendo daqui inferir-se que o tempo da toma poderá ser mais relevante que a dosificação (LIU *et al.*, 2018).

Ácido fólico vs outras influências

Da pesquisa realizada foi possível obter ainda alguns artigos que fazem referência a outras possíveis interações do ácido fólico ao nível materno e fetal. Várias são as áreas em que se tentou avaliar esta influência. Para Molloy *et al.* (2019) é reconhecido o papel importante do folato ao nível da regulação epigenética, nomeadamente ao nível da metilação de DNA e a sua associação positiva entre a suplementação na gravidez e a dermatite atópica ou a sensibilização alérgica.

Em relação às neoplasias na infância, Ismail *et al.* (2019) defendem que a suplementação de ácido fólico exerce um efeito protetor relativamente à leucemia linfoblástica aguda. No entanto, e apesar dos vários benefícios identificados, é necessário ter atenção aos possíveis efeitos de uma sobredosagem extrema, durante a gravidez, que poderão vir a comprometer o desenvolvimento psicomotor da criança (HUANG *et al.*, 2019).

Também Muñoz *et al.* (2018), defendem que a ingestão de doses mais elevadas acima da que está recomendada poderá ter efeitos prejudiciais ao nível do desenvolvimento da criança após o seu nascimento.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

É indiscutível a necessidade da ingestão de inúmeros nutrientes na gravidez e de como estes podem influenciar um desfecho favorável tanto ao nível materno como fetal.

O estado nutricional da mulher, os seus hábitos alimentares e nutricionais assumem tal importância que as suas escolhas vão ter repercussões não só na gravidez atual, como poderão influenciar gerações futuras.

A suplementação do ácido fólico, ou da sua forma mais simples, o folato, tem uma influência inequívoca na redução da morbidade e mortalidade materno-fetal, principalmente quando administrado antes e nas primeiras semanas de gravidez. Pelas evidências observadas, grande parte dos autores defende mesmo a importância da suplementação contínua, nas mulheres em idade fértil, de forma a garantir que no momento da gravidez esteja assegurado o aporte deste nutriente.

Contudo, é importante ter em conta a dosagem-efeito desta suplementação, verificando-se que, apesar dos benefícios na dosagem correta, quando administrado em excesso pode trazer consequências nefastas ao nível do desenvolvimento neuropsicomotor do feto.

Pelo exposto e tendo em conta os efeitos demonstrados que uma nutrição adequada pode trazer, considera-se premente um investimento ao nível das políticas de saúde, numa perspetiva interventiva que promova a saúde da mulher e a sua vigilância do ponto de vista pré concecional.

De salientar a importância da atuação dos profissionais de saúde ao nível da educação para a saúde da mulher/casal no sentido de intervirem o mais precocemente possível, fomentando e corrigindo hábitos alimentares/nutricionais e estilos de vida saudáveis desde a fase pré concecional até depois do nascimento. Esta fase que antecede a gestação, é uma etapa privilegiada no que diz respeito à intervenção junto da mulher, permitindo uma melhoria fisiológica, metabólica e nutricional do seu estado, o que contribui para reduzir, posteriormente, os fatores de risco materno-fetais e melhorar a qualidade de vida a curto e a longo prazo da díade mãe/filho. Esta intervenção relativamente à otimização do estado nutricional da mulher assume especial importância numa fase em que, segundo a OMS, é expectável que haja uma diminuição da esperança média de vida da geração atual, em comparação com a geração anterior, devido ao surgimento de doenças relacionadas com as doenças crónicas que, por sua vez, poderão estar interligadas a hábitos alimentares desequilibrados durante a vida.

■ REFERÊNCIAS

1. ALFONSO, V. H.; BANDOLI, G.; VON EHRENSTEIN, O.; RITZ, B. Early Folic Acid Supplement Initiation and Risk of Adverse Early Childhood Respiratory Health: A Population-based Study. **Maternal and Child Health Journal**, 22, n.1, p. 111–119, 2017
2. BALLESTIN, S. S.; CAMPOS, M. I. G.; BALLESTIN, J. BARTOLOMÉ, M. J. L. Is Supplementation with Micronutrients Still Necessary during Pregnancy? A Review. **Nutrients**, 13, n. 9, p. 3134, 2021.
3. BROWN, B.; WRIGHT, C. Safety and efficacy of supplements in pregnancy, **Nutrition Reviews**, 78, 10, p. 813-826, 2020.
4. BRIEN, M.; BOUFAIED, I.; BERNARD, N.; FOREST, J. *et al.* Specific inflammatory profile in each pregnancy complication: a comparative study. **American Journal of Reproductive Immunology**, 84, n.6, 2020.
5. BJORK, M.; RIEDEL, B.; SPIGSET, O.; VEIBY, G. *et al.* Association of Folic Acid Supplementation During Pregnancy with the Risk of Autistic Traits in Children Exposed to Antiepileptic Drugs In Utero. **JAMA Neurology**, 75, n. 2, p. 160, 2018.
6. Critical Appraisal Tools. Joanna Briggs Institute, 2021. Disponível em: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>. Acesso em 10 de dezembro de 2021.
7. CARREIRO, D. **Abordagem nutricional na prevenção e tratamento do autismo**. São Paulo: Rettec Artes Gráficas e Editora, 2018. ISBN 97885540952-0-8.
8. Direção Geral de Saúde. **Manual sobre Alimentação e Nutrição na Gravidez**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2021.
9. DONATO, H.; DONATO, M. Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. **Acta Médica Portuguesa**, 32, n.3, p. 227, 2019.
10. GALVÃO, T. F.; PEREIRA, M. G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para a sua elaboração. **Epidemiol. Serv. Saúde** 23, n.1, p. 183-184, 2014.
11. HUA, X.; ZHANG, J.; GUO, Y.; SHEN, M. *et al.* Effect of folic acid supplementation during pregnancy on gestational hypertension/preeclampsia: A systematic review and meta-analysis. **Hypertension in Pregnancy**, 35, n.4, p. 447–460, 2016.
12. HUANG, X.; YE, Y.; LI, Y.; ZHANG, Y. *et al.* Maternal folate levels during pregnancy and children’s neuropsychological development at 2 years of age. **European Journal of Clinical Nutrition**, 74, p.1585-1593, 2020.
13. ISMAIL, W. R.; RAUDAH, A. R.; RAHMAN, N. A.; ATIL, A. *et al.* The Protective Effect of Maternal Folic Acid Supplementation on Childhood Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis of Case-control Studies, **Journal of Preventive Medicine & Public Health**, 52, p. 205-213, 2019.
14. KONDO, A. *et al.* Defeitos do Tubo Neural: Fatores de risco e medidas preventivas. **Sociedade Japonesa de Teratologia**, 57, p. 150-156, 2017.

15. LEVINE, S. Z.; KODESH, A.; VIKTORIN, A.; SMITH, L. *et al.* Association of Maternal Use of Folic Acid and Multivitamin Supplements in the Periods Before and During Pregnancy With the Risk of Autism Spectrum Disorder in Offspring. **JAMA Psychiatry**, 75, n.2, p. 176, 2018.
16. LIU, C.; LIU, C.; WANG, Q.; ZHANG, Z. Supplementation of folic acid in pregnancy and the risk of preeclampsia and gestational hypertension: a meta-analysis, **Archives of Gynecology and Obstetrics**, 298, p. 97-704, 2018.
17. MENDES, K., SILVEIRA, R., GALVÃO, C. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, **Texto & Contexto – Enfermagem**, 17(4):758-64,2008.
18. MOLLOY, J.; COLLIER, F.; SAFFERY, R.; ALLEN, K. J. *et al.* Folate Levels in Pregnancy and Offspring Food Allergy and Eczema, **Pediatric Allergy and Immunology**, p. 38-46, 2019.
19. NAVARRETE-MUÑOZ, E. M.; VALERA-GRAN, D.; GARCIA-DE-LA-HERA, M.; GONZALEZ-PALACIOS, S. High doses of folic acid in the periconceptual period and risk of low weight for gestational age at birth in a population based cohort study. **European Journal of Nutrition**. 58, p.241-251, 2017.
20. PAGE, M. J.; MCKENZY, J. E.; BOSSUYT, P. M.; BOUTRON, I. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, 372, n.71, 2021.
21. PETERSEN, J.; PARKER, S.; BENEDUM, C.; MITCHELL, A. *et al.* Periconceptual folic acid and risk for neural tube defects among higher risk pregnancies. **Birth Defects Research**, 111, p. 1501 – 1512, 2019.
22. WEN, S.; GUO, Y.; RODGER, M.; WHITE, R. *et al.* Folic Acid Supplementation in Pregnancy and the Risk of Pre-Eclampsia-A Cohort Study, **Public Library of Science ONE**, 11, n. 2, 2016
23. WEN S. W.; WHITE R. R.; RYBACK N.; GAUDET L. M. *et al.* Effect of high dose folic acid supplementation in pregnancy on pre-eclampsia (FACT): double blind, phase III, randomised controlled, international, multicentre trial. **BMJ**, 362, p.3478, 2018.

Comportamentos aditivos e gravidez: álcool, tabaco e outras drogas

| **Cátia Alexandra Martins Cordeiro**

Hospital do Espírito Santo de Évora, Portugal

| **Patrícia Sofia Henriques Sapata**

Hospital do Espírito Santo de Évora, Portugal

| **Sara Filipa Garrido Coração Franco**

Hospital do Espírito Santo de Évora. Évora, Portugal

| **Sónia Rodrigues Espanhol**

Hospital do Espírito Santo de Évora, Portugal

| **Olga Cristina Nobre Bugalho**

Hospital do Espírito Santo de Évora, Portugal

| **Ana Maria Aguiar Frias**

Universidade de Évora, CHRC, Portugal

RESUMO

Os primeiros 1000 dias de vida de um bebê, desde a concepção até aos dois anos, são um período de desenvolvimento crítico, altura em que ocorrem a maioria das falhas de crescimento, sendo o período gestacional o mais crítico. **Objetivo:** Pesquisar quais os efeitos negativos do uso de substâncias aditivas lícitas e ilícitas na grávida e no feto/recém-nascido. **Métodos:** Revisão da literatura com pesquisa bibliográfica nas bases de dados: NCBI (PubMed), EBSCO Host, BMC e SciELO. **Resultados:** O consumo de álcool na gravidez pode levar a abortos espontâneos, defeitos congénitos e problemas de desenvolvimento do feto, restrição de crescimento intrauterino ou morte fetal. O tabagismo traz riscos para a mulher como aborto, gravidez ectópica, descolamento prematuro de placenta, rutura das membranas e placenta prévia, e riscos para o feto como alterações no desenvolvimento neurológico e comportamento, prematuridade e baixo peso ao nascer. A droga, no decorrer da gravidez, provoca vasoconstrição, aborto espontâneo, deslocamento prematuro da placenta, parto pré-termo, e restrição do crescimento intrauterino. **Conclusão:** A adoção de estilos de vida saudáveis é importante para uma vivência saudável da gravidez. A cessação precoce do consumo de substâncias apresenta resultados positivos na evolução da gravidez, na saúde materno-fetal e no parto. A gravidez é um momento de eleição para o abandono de substâncias psicotrópicas, estando a mulher mais motivada e recetiva às intervenções dos profissionais de saúde

Palavras-chave: Álcool, Drogas, Comportamento Aditivo, Gravidez, Tabaco.

■ INTRODUÇÃO

O uso nocivo do álcool é um dos fatores de risco com maior impacto para a morbidade, mortalidade e incapacidade em todo o mundo, e parece estar relacionado com 3 milhões de mortes a cada ano (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018). Cerca de 5 milhões de europeus nascem com anomalias e perturbações do desenvolvimento, associadas ao consumo de álcool durante a gravidez (CASSIN; LINDEN, 2011). Os efeitos do álcool dependem da quantidade consumida, da interação, frequência, tipo e abuso de outras drogas, tal como nicotina, cafeína, opiáceos e canábis, que podem potenciar os efeitos fetais do álcool consumido pela grávida (LOWDERMILK; PERRY, 2009).

Relativamente ao tabaco morrem em Portugal, cerca de 11 800 pessoas (4,7% são mulheres) com doenças atribuíveis ao seu consumo, e cada vez, mais mulheres fumam, em 2001 a percentagem era de 17,6% e em 2016/2017 atingiu valores de 24,8% (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2017). O tabagismo durante a gravidez associa-se a problemas no período pré-natal tendo repercussões nefastas no recém-nascido, logo a interrupção do tabaco durante a gravidez diminui a probabilidade de complicações fetais (LOWDERMILK; PERRY, 2009). O tabagismo no mundo é um fator evitável de doenças crónicas e de mortalidade prematura, diminui a fertilidade e durante a gravidez é lesivo para o desenvolvimento fetal e agrava o risco de complicações perinatais (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2017).

O consumo de drogas também é relevante neste contexto, um quarto da população adulta da União Europeia, cerca de 83 milhões de adultos (28,9%), terá consumido drogas ilícitas em algum momento da sua vida, e o uso regular aumenta a tolerância, o que leva ao aumento do consumo e conseqüentemente à dependência (OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E TOXICODPENDÊNCIA, 2021).

A expansão do consumo de drogas psicoativas atingiu as mulheres em idade fértil, desta forma há novos desafios médicos e sociais na saúde materna e infantil. O número de mulheres grávidas que usam drogas é cada vez mais elevado, isto é resultado do aumento da prevalência do uso de drogas na população em geral (OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E TOXICODPENDÊNCIA, 2021). A cocaína é a quarta substância mais comum utilizada durante a gravidez, esta aumenta o risco de aborto, descolamento de placenta, restrição de crescimento intrauterino e parto prematuro, entre outras complicações (BAYLEY; DIAZ-BARBOSA, 2018). As drogas associadas à gravidez trazem problemas, na maioria das vezes, irreversíveis e condições de vida precárias pois na generalidade estas mulheres possuem nível socioeconómico baixo, pouca escolaridade, são socialmente excluídas, e muitas vezes sofrem violência doméstica por parte dos seus companheiros (BARROS; GUIMARÃES, 2016; KASSADA, *et al.*, 2013; LOPES, *et al.*, 2011). Os recém-nascidos expostos a substâncias psicotrópicas no útero apresentam maior risco de baixo

peso ao nascer, microcefalia, internamento em cuidados intensivos neonatais, internamentos hospitalares mais prolongados, síndrome da morte súbita infantil e malformações congênitas (cardiopatia congênita e espinha bífida) (BAYLEY; DIAZ-BARBOSA, 2018).

É crucial intervir no âmbito da promoção de saúde incentivando a adesão da população a estilos de vida saudáveis, para melhorar o estado de saúde, especialmente das gestantes. Os estilos de vida durante a gravidez influenciam a saúde a longo prazo da mulher e do novo ser, e a adoção de estilos de vida saudáveis normalmente é bem aceite pelas gestantes pelo facto de promover a saúde do feto em desenvolvimento.

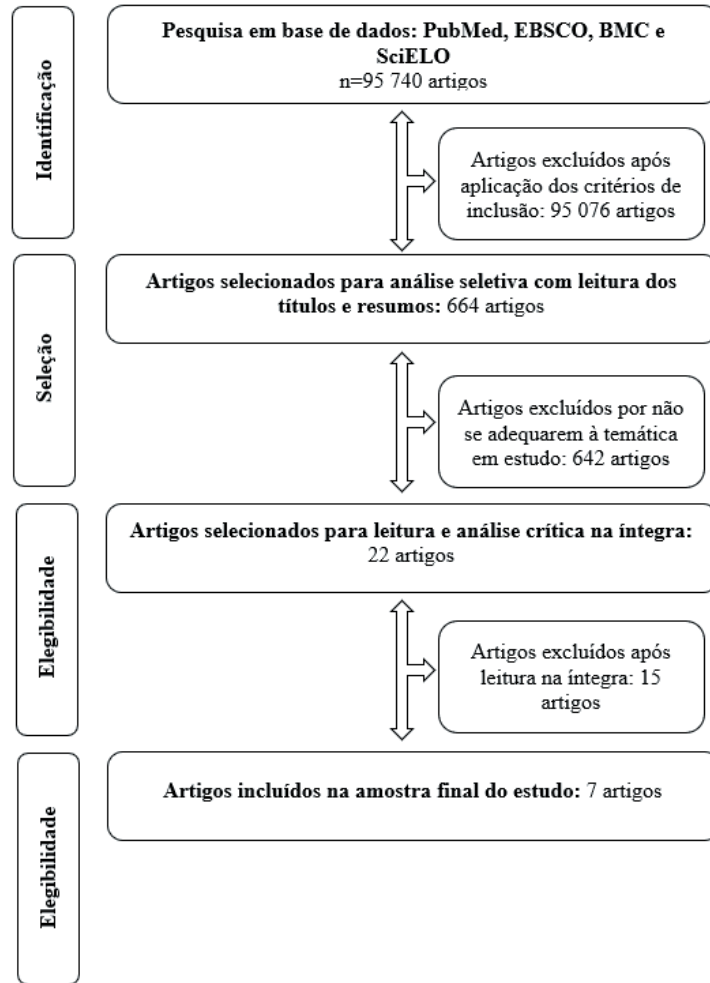
A gravidez é um processo fisiológico, não é um estado de doença que necessite de tratamento, requer, no entanto, uma adaptação e uma modificação fisiológica corporal e emocional que culmina no nascimento de um ou mais recém-nascidos (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2015). O álcool, o tabaco e as drogas são um problema na sociedade, e como tal é importante refletir sobre os comportamentos aditivos na gravidez nomeadamente, o consumo de álcool, de tabaco e de outras drogas. Pretende-se investigar os efeitos nefastos das diferentes substâncias tanto na grávida como no feto/recém-nascido.

■ MÉTODOS

O presente artigo é uma revisão narrativa da literatura. O objetivo desta revisão é pesquisar quais os efeitos negativos do uso de substâncias aditivas lícitas e ilícitas durante a gravidez, na grávida e no feto/recém-nascido. Para elaboração desta revisão sobre o tema foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados: NCBI (PubMed), EBSCO Host, BMC e SciELO, com os descritores MeSH (Medical Subject Heading) *pregnancy*, *addictive behavior*, *tobacco*, *alcoholic beverages*, *illicit drugs*, com recurso à interseção entre elas através dos operadores “AND” e “OR”. Foram também utilizadas as palavras-chave “gravidez”, “comportamento aditivo”, “tabaco”, “álcool” e “drogas”.

Para a pesquisa nas bases de dados foram definidos critérios de inclusão, nomeadamente artigos publicados entre 2017 e 2022 e com a opção de texto completo em inglês ou português. Após aplicação dos critérios de inclusão foi possível reduzir acentuadamente o número de artigos de 95 740 para 664, incluindo por fim 7 artigos. Este processo de seleção encontra-se esquematizado no fluxograma representado na figura 1.

Figura 1. Fluxograma.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

■ RESULTADOS

Estando definidos os artigos incluídos foi realizada uma avaliação descritiva de cada um, apresentada em forma de tabela, na qual se encontram os principais dados, nomeadamente a identificação dos autores e ano de publicação, o título dos artigos, o desenho, os objetivos e os principais resultados. A síntese dos dados ajuda a desenvolver o tema e permite gerar novo conhecimento.

Tabela 1. Dados extraídos dos artigos analisados.

Autores/Ano	Título do artigo	Desenho/Objetivo	Principais resultados
HEINTZELMAN; PERSONS; MELNYKO, 2020	Substance use during pregnancy: impact on Colorado community hospital	Estudo retrospectivo Determinar o impacto do uso de substâncias por gestantes em um hospital do Colorado em uma comunidade onde o uso de canábis para efeitos recreativos foi legalizado.	Os recém-nascidos expostos a drogas durante a gravidez aumentam os custos financeiros do hospital pelo aumento do tempo de internamento. Estes custos diminuem quando os recém-nascidos são expostos só ao canábis. É recomendado que os profissionais de saúde sejam capazes de identificar o uso de substâncias durante o período pré-natal para poderem aconselhar e apoiar a mulher na abstinência e no tratamento. Ao se identificar a substância consumida pela mulher podem-se identificar quais serão os recém-nascidos que precisam de um maior tempo de internamento.
QUELHAS <i>et al.</i> , 2018	The association between active tobacco use during pregnancy and growth outcomes of children under five years of age: a systematic review and meta-analysis	Revisão sistemática e meta-análise Identificar a associação entre o uso ativo de tabaco durante a gravidez e o crescimento infantil.	O uso de tabaco durante a gravidez é uma causa evitável do compromisso do desenvolvimento e crescimento infantil. O uso de tabaco durante a gravidez tem um impacto negativo no crescimento infantil em todos os parâmetros avaliados. A exposição ao tabaco no período pré-natal pode levar ao nanismo e ao comprometimento do desenvolvimento cerebral durante a primeira infância e ao longo da vida.
DEJONG; OLYAEI; LO, 2019	Alcohol Use in Pregnancy	Revisão da literatura Abordar as tendências de exposição pré-natal ao álcool e as implicações para a saúde materna e fetal. Evidenciar que a o período pré-concepcional e o período pré-natal são uma janela de oportunidade para intervir, mitigar e idealmente reduzir os efeitos no feto provocados pelo consumo de álcool.	Os períodos antes, durante e depois da gravidez são críticos para o consumo de álcool pela mulher, devendo existir consciencialização, redução e, idealmente, abstinência. A gravidez é um momento único no qual as mulheres estão motivadas para adotar hábitos de vida e comportamentos saudáveis que podem potencialmente beneficiar o filho. A exposição ao álcool é a causa não genética mais comum que leva a alterações cognitivas no feto.
BAYLEY; DIAZ-BARBOSA, 2018	Effect of Maternal Substance Abuse on the Fetus, Neonate, and Child	Revisão da literatura Relatar o abuso de substâncias durante o período pré-natal. Descrever como o feto é afetado pelo abuso de substâncias. Atualizar o conhecimento sobre os efeitos do uso de substâncias no feto a curto e longo prazo.	O abuso de substâncias pela mulher durante a gravidez tem efeitos adversos perinatais e neonatais. A exposição a drogas lícitas e ilícitas durante a gravidez leva à prematuridade, a baixo peso ao nascer, a microcefalia, pode levar a manobras de reanimação após o parto, admissão na unidade de cuidados intensivos neonatais, e mais tempo de internamento.

Autores/Ano	Título do artigo	Desenho/Objetivo	Principais resultados
SANTOS <i>et al.</i> , 2018	Maternal, fetal and neonatal consequences associated with the use of crack cocaine during the gestational period: a systematic review and meta-analysis	Meta-análise Identificar as consequências maternas, fetais e neonatais do consumo de cocaína durante o período gestacional.	Os recém-nascidos expostos à cocaína durante a gravidez têm níveis neuroprotetores aumentados. No entanto, as crianças com exposição pré-natal à cocaína estão em maior risco de ter dificuldades de aprendizagem e na linguagem, e problemas comportamentais. As mulheres viciadas em cocaína apresentam uma impulsividade aumentada e modificações comportamentais ligadas à troca sexual observada nas consumidoras, o que pode estar relacionado com as complicações nas gestações das crianças analisadas. A exposição à cocaína durante a gravidez leva a bebês pequenos para a idade gestacional, a baixo peso ao nascer, e menor perímetro cefálico. Nas mulheres há um maior risco de deslocamento da placenta e parto prematuro.
TAMASHIRO; MILANEZ; AZEVEDO, 2020	“Por causa do bebê”: redução do uso de drogas por gestantes	Estudo longitudinal Avaliar mudanças no uso de substâncias psicoativas durante a gravidez.	A gravidez é uma janela de oportunidade para abordar e reduzir o consumo de substâncias psicoativas pois ocorre redução do consumo de forma espontânea e após intervenção.
BAPTISTA <i>et al.</i> , 2017	Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool durante a gravidez	Estudo transversal e exploratório Investigar a prevalência de consumo de álcool na gravidez e fatores sociodemográficos, reprodutivos e dos recém-nascidos associados.	A frequência do consumo de álcool durante a gravidez na amostra investigada foi de 7,3%, valor menor que o encontrado em outras pesquisas nacionais. Há dificuldade na caracterização do consumo de bebidas alcoólicas na gravidez, pois existe omissão ou negação de informação por parte das mulheres. Ao se identificar e caracterizar as mulheres mais suscetíveis ao consumo de álcool na gravidez podem-se desenvolver estratégias de intervenção na saúde mais eficazes.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

■ DISCUSSÃO

O período desde a concepção até aos dois anos de vida de um bebê é a altura em que ocorrem a maioria das falhas de crescimento. É, assim, um período de desenvolvimento crítico sendo o período gestacional o mais crítico, onde o crescimento é mais rápido (QUELHAS *et al.*, 2018). Quando a mãe ingere substâncias aditivas estas atravessam a placenta e provocam Síndrome de Abstinência Neonatal (SAN) que leva a sintomas como choro excessivo, tremores, sudorese, dificuldade em adormecer, aumento do tônus muscular, hipertermia, diarreia, congestão nasal e espirros (HEINTZELMAN; PERSONS; MELNYKO, 2020). A SAN relacionada com o álcool provoca distensão abdominal, movimentos da boca excessivos, nervosismo, irritabilidade e até convulsões (BAYLEY; DIAZ-BARBOSA, 2018).

As drogas ou medicamentos que podem levar ao SAN incluem: opióides, metadona, álcool, inibidores da recaptção de serotonina, benzodiazepínicos e nicotina. As substâncias consumidas vão afetar tanto a grávida como o feto.

Álcool

O consumo de álcool na gravidez apresenta riscos para o feto em desenvolvimento. Todos os trimestres da gestação são afetados pelo consumo de álcool, mesmo que em baixos níveis de exposição, sendo o órgão mais afetado o cérebro (morte celular, prejuízo na formação de novas células, alterações da migração celular, produção de neurotransmissores e formação de sinapses) como tal, a recomendação é que as mulheres se abstenham completamente da ingestão de álcool durante a gravidez (BAPTISTA *et al.*, 2017). Segundo Dejong, Olyaei e Lo (2019) metade das gestações na América não são planejadas, e por isso o feto pode ser exposto ao álcool mesmo de forma despropositada o que pode provocar abortos espontâneos, defeitos congênitos e problemas de desenvolvimento do feto, restrição de crescimento intrauterino ou morte fetal. A concentração de álcool na grávida e no feto é a mesma, uma vez que o álcool circula livremente por todos os compartimentos líquidos do corpo, isto significa que o líquido amniótico permanece impregnado de álcool não modificado (BAPTISTA *et al.*, 2017). A exposição do feto ao consumo intensivo de álcool provoca alterações teratogênicas, anomalias congênitas, problemas neurológicos ou cognitivos, danos cerebrais significativos, disfunções comportamentais, síndrome alcoólica fetal (ou embriofetopatia alcoólica), e restrição de crescimento pré-natal (BAPTISTA *et al.*, 2017; CASSINI; LINDEN, 2011; MELLO; BARRIAS; BREDAS, 2001). A exposição ao álcool no período pré-natal tem sido associada a múltiplas anomalias estruturais fetais incluindo renal, cardíaca, craniana, facial e outras (DEJONG; OLYAEI; LO, 2019). O álcool afeta o feto em desenvolvimento, afeta o tônus vascular nos vasos umbilicais diminuindo o fluxo sanguíneo placentário predispondo o feto a hipoxia (BAYLEY; DIAZ-BARBOSA, 2018).

Baptista *et al.* (2017) aplicaram um questionário que associava os fatores sociodemográficos, reprodutivos e dos recém-nascidos ao consumo de bebidas alcoólicas na gravidez e chegaram à conclusão de que da totalidade das puérperas 7,3% eram consumidoras de álcool durante a gestação. O questionário foi utilizado noutros estudos e as consumidoras de álcool durante a gestação variaram entre os 10% e os 31,1%. O resultado inferior obtido por BAPTISTA *et al.* (2017) pode ser explicado pela alta adesão às consultas pré-natais onde foram estabelecidas orientações sobre a importância da abstinência do consumo de álcool.

De acordo com Dejong, Olyaei e Lo (2019) existem muitos estudos que falam sobre os efeitos nocivos do consumo de álcool durante a gravidez, no entanto, não existe muita informação sobre esse consumo durante a amamentação. Embora se pense que a concentração

de álcool no leite materno é semelhante ao presente na corrente sanguínea, pode-se dizer que o álcool tem a capacidade de passar sem restrições para o leite materno. Logo as mães que decidem continuar a consumir álcool devem evitar amamentar entre três a quatro horas após o consumo, moderado a alto (DEJONG; OLYAEI; LO, 2019).

Tabaco

Segundo QUELHAS *et al.* (2018) a proporção de mulheres que fuma e que continua a fumar diariamente durante a gravidez é de 52,9%, e existem evidências que associam o consumo de tabaco durante a gravidez ao baixo peso ao nascer ou a um menor tamanho fetal, tendo um impacto negativo em todos os resultados de crescimento. A nicotina atravessa facilmente a placenta, o que pode expor o feto a concentrações de nicotina 15% superiores às do sangue materno, o que interfere no fornecimento de oxigênio e afeta o crescimento fetal podendo levar a morte intrauterina (BAYLEY; DIAZ-BARBOSA, 2018). O tabagismo traz riscos para a mulher como aborto, gravidez ectópica, descolamento prematuro de placenta, rutura das membranas e placenta prévia, e riscos para o feto como alterações no desenvolvimento neurológico e comportamento, prematuridade e baixo peso ao nascer. (LOWDERMILK; PERRY, 2009). A exposição pré-natal ao tabaco pode levar a atrasos no crescimento e comprometer o desenvolvimento cerebral durante a primeira infância e talvez mais tarde na vida (QUELHAS *et al.*, 2018). No período pós-natal os bebês fortemente expostos à nicotina podem apresentar sintomas como irritabilidade, hipertonia e tremores (BAYLEY; DIAZ-BARBOSA, 2018).

Outras Drogas

O desenvolvimento de diferentes formas de uso e composições de substâncias psicotrópicas tem ampliado o seu consumo, segundo SANTOS *et al.* (2018) o uso de cocaína e derivados, durante a gravidez, levou a um aumento de recém-nascidos intoxicados aquando do seu nascimento. A droga no decorrer da gravidez provoca vasoconstrição, aborto espontâneo, deslocamento prematuro da placenta, parto pré-termo, e restrição do crescimento intrauterino (KASSADA, *et al.*, 2013; ROCHA; ROCHA, 2018). As mulheres dependentes apresentam maior impulsividade, menor desempenho de funções executivas e alterações comportamentais que podem estar relacionadas com comportamentos sexuais de risco, relacionados diretamente com complicações durante a gravidez (SANTOS *et al.*, 2018). O momento da exposição à droga no útero determina o seu efeito, um dos principais efeitos adversos de qualquer droga usada durante a primeira semana de gravidez é o aborto espontâneo (BAYLEY; DIAZ-BARBOSA, 2018).

Os recém-nascidos expostos as drogas têm um maior tempo de internamento, no entanto, existem diferenças entre o consumo de canábis e outro tipo de drogas (HEINTZELMAN; PERSONS; MELNYKO, 2020), por exemplo opióides, alucinogénios, cocaína e medicamentos (inibidores seletivos da recaptção de serotonina e sedativos) (BAYLEY; DIAZ-BARBOSA, 2018). SANTOS *et al.* (2018) confirma os efeitos secundários resultantes do uso de drogas na saúde materna e fetal, especialmente nos recém-nascidos pois a exposição no útero aumenta o risco de dificuldades na aprendizagem e/ou linguagem. No desenvolvimento do feto a droga provoca malformações congénitas, morte fetal, síndrome de morte súbita do bebé, alterações na respiração, hemorragias intraventriculares e intracranianas, apneia, convulsões, baixo índice de Apgar no nascimento, afeta o desenvolvimento do tubo neural e provoca possíveis anencefalias, mas pode também originar baixo peso ao nascer, perímetro cefálico mais pequeno e menor estatura (KASSADA, *et al.*, 2013; MAIA; PEREIRA; MENEZES, 2015).

O uso de canábis entre mulheres grávidas aumentou 62% de 2002 a 2014, tem um efeito sedativo devido ao tetrahydrocannabinol (THC) e pode permanecer no corpo até um mês, prolongando assim a exposição fetal (BAYLEY; DIAZ-BARBOSA, 2018). Segundo Heintzeman, Persons e Melnyko (2020), uma das principais consequências de consumir canábis durante a gravidez é o baixo peso ao nascer, no entanto são necessárias mais pesquisas sobre outros efeitos deste consumo. A placenta limita a exposição fetal, pois os níveis metabólicos fetais são inferiores aos da mãe (BAYLEY; DIAZ-BARBOSA, 2018). Existem também evidências que podem surgir outras complicações que resultam em necessidade internamento em cuidados intensivos neonatais (HEINTZELMAN; PERSONS; MELNYKO, 2020). É a terceira droga mais consumida durante a gravidez e os efeitos a curto prazo no período pré-natal são distúrbios do sono, tremores e choro agudo (BAYLEY; DIAZ-BARBOSA, 2018).

Cessação

As principais consequências do uso de drogas lícitas e ilícitas nas mulheres grávidas são a abstinência fetal, o aborto, o deslocamento prematuro da placenta, problemas cardiopulmonares no feto, desenvolvimento cognitivo e emocional comprometido, baixo peso ao nascer e prematuridade (BARROS; GUIMARÃES, 2016; MONTE, *et al.*, 2017).

Tamashiro, Milanez e Azevedo (2020) apontam para a cessação do consumo de substâncias psicotrópicas de forma espontânea aquando do conhecimento da gravidez por parte das consumidoras. A gravidez parece ser um momento de eleição para o abandono de substâncias psicotrópicas, estando a mulher mais motivada e recetiva às intervenções dos profissionais de saúde (SANTOS *et al.*, 2018). O tratamento começa por tratar a mulher fornecendo apoio e recursos adicionais para a ajudar a suspender o consumo o mais cedo possível, no caso dos opióides deve ser feito o desmame (BAYLEY; DIAZ-BARBOSA, 2018).

Tamashiro, Milanez e Azevedo (2020) apresentaram resultados de cessação de diferentes substâncias: tabaco, álcool, cocaína e canábis após intervenção de profissionais de saúde, no entanto, o consumo de tabaco apresenta uma baixa taxa de cessação. A cessação precoce do consumo de substâncias apresenta resultados positivos na evolução da gravidez, na saúde materno-fetal e no parto (SANTOS *et al.*, 2018).

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo fisiológico da gravidez é experienciado por muitas mulheres ao longo da sua vida. É um acontecimento importante tanto para a mulher, como para a sua família. A adoção de estilos de vida saudáveis é importante para uma vivência e experiência da gravidez o mais agradável e saudável possível. Identificar estilos de vida não saudáveis permite aos profissionais de saúde melhorar a sua atuação e provocar uma possível alteração dos estilos de vida da gestante, ou da mulher que pensa em engravidar. Os cuidados pré-concepcionais são uma forma de conduzir a melhor vivência da gravidez, abandonando estilos de vida menos saudáveis, especialmente o uso de substâncias (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2015). Os principais consumos de substâncias centram-se no uso do tabaco, álcool e outras drogas.

A gravidez é um momento único no qual as mulheres devem adotar comportamentos saudáveis, e a exposição às diferentes substâncias é a maior causa de comprometimento cognitivo do feto, por esse motivo é recomendada a abstinência (DEJONG; OLYAEI; LO, 2019). O abuso de substâncias durante a gravidez é um problema na nossa sociedade que tem efeitos perinatais e resultados neonatais. O consumo de álcool, especialmente, durante a gravidez é considerado um problema de saúde pública por envolver aspetos sociais e biológicos, logo os fatores de risco não devem ser considerados isoladamente (BAPTISTA *et al.*, 2017). O uso de drogas lícitas e ilícitas durante a gravidez tem efeitos prejudiciais sobre o recém-nascido (BAYLEY; DIAZ-BARBOSA, 2018). O conhecimento dos efeitos nefastos de substâncias na saúde materno-fetal aparente ser motivador do abandono do consumo (SANTOS *et al.*, 2018). É de extrema importância que seja estabelecida uma relação entre a grávida e a equipa de profissionais de saúde de forma a identificar as mulheres mais propensas para o consumo abusivo de substâncias e informar das consequências do mesmo durante a gravidez, no entanto, é importante ressaltar que é difícil caracterizar as mulheres consumidoras na gravidez por receio da falta de sigilo, do estigma do diagnóstico e até mesmo das repercussões legais (BAPTISTA *et al.*, 2017). Uma solução para o consumo de substâncias é existir uma triagem pré-natal através de questionários, diálogo ou até mesmo por teste à urina para deteção de substâncias (HEINTZELMAN; PERSONS; MELNYKO, 2020). Relativamente ao consumo de álcool, é possível realizar pesquisa de biomarcadores que verificam se houve exposição da grávida, essa identificação tem um custo muito

elevado, mas pode ser realizada através de amostras de sangue, plasma, soro, cabelo, unhas e meconio (BAPTISTA *et al.*, 2017). Identificando a substância é mais fácil identificar os recém-nascidos com possíveis complicações (HEINTZELMAN; PERSONS; MELNYKO, 2020). Os profissionais de saúde devem estar alertas para sinais e sintomas de SAN e agir de forma a atenuá-lo (BAYLEY; DIAZ-BARBOSA, 2018).

Com esta revisão foi possível identificar os diferentes efeitos do consumo de substâncias aditivas lícitas e ilícitas durante a gravidez na mulher e no feto/recém-nascido. Mais estudos são necessários pois verificou-se que existem algumas lacunas no conhecimento, nomeadamente sobre efeitos nefastos específicos de determinadas substâncias, e durante o período pós-natal, especialmente durante a amamentação.

■ REFERÊNCIAS

1. BAPTISTA, F. H.; ROCHA, K. B.; MARTINELLI, J. L.; AVÓ, L. R.; FERREIRA, R. A.; GERMANO, C. M.; MELO, D. G. Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool durante a gravidez. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 7 (2), p. 281-289, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000200004>
2. BARROS, K. C.; GUIMARÃES, G. C. Drogas lícitas e ilícitas na gravidez: Um estudo bibliográfico sobre o cuidado de enfermagem. *Revista de Inovação, Tecnologia e Ciências (RITEC)*, 2, p. 105-120, 2016.
3. BAYLEY, N. A.; DIAZ-BARBOSA, M. Effect of Maternal Substance Abuse on the Fetus, Neonate, and Child. *Pediatrics in Review*, 39, p. 550-561, 2018. DOI: 10.1542/pir.2017-0201
4. CASSINI, C.; LINDEN, R. Exposição pré-natal ao etanol: toxicidade, biomarcadores e métodos de detecção. *Rev Psiquiatr. Clín.* 38 (3), p. 116-21, 2011.
5. COLL, C.; MARCHESI, Á.; PALACIOS, J. *Psicologia Evolutiva*. 2ª ed. Artmed, 2004.
6. DEJONG, K.; OLYAEI, A.; LO, J. O. Alcohol Use in Pregnancy. *Clinical obstetrics and gynecology*, 62 (1), p. 142-155, 2019. DOI: 10.1097/GRF.0000000000000414
7. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Programa Nacional Para a Prevenção e Controlo do Tabagismo**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017.
8. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Programa Nacional Para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2015
9. HEINTZELMAN, J.; PERSONS, L.; MELNYKOV, I. Substance use during pregnancy: impact on Colorado community hospital. *Journal of Cannabis Research*, 2 (39), p. 1-9, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s42238-020-00047-9>
10. KASSADA, D. S.; MARCON, S. S.; PAGLIARINI, M. A.; ROSSI, R. M. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26 (5), p. 467-471, 2013.

11. LOPES, A. B.; VIEIRA, A. L.; RIBEIRO, C. C.; ANDRADE, D. A.; GENEROSO, L. N.; DIAMANTINO, F. C.; BRETAS, R. L.; MARTINS, S. T.; MONTEIRO, M. V. O uso de drogas na gravidez. **Rev Med Minas Gerais**, 21, p. 110-112, 2011.
12. LOWDERMILK, D.; PERRY, S. (2009). **Enfermagem na Maternidade**. 7^a ed. Lisboa: Lusodidacta, 2009.
13. MAIA, J. A.; PEREIRA, L. A.; MENEZES, F. Consequências do uso de drogas durante a gravidez. **Revista Enfermagem Contemporânea**, 4, p. 121-128, 2015.
14. MELLO, M. L.; BARRIAS, J.; BRENDA, J. **Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal**. Direcção-Geral de Saúde, 2001.
15. MONTE, M. G.; SÉRVIO, V. R.; SANTOS, P. A.; MAIA, J. A. Efeitos do uso de drogas ilícitas durante a gravidez. **DêCiência em Foco**, 1, p. 95-105, 2017.
16. OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E TOXICODEPENDÊNCIA. Relatório Europeu sobre Drogas 2021: **Tendências e Evoluções**, 2021
17. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Global status report on alcohol and health 2018**. OMS, 2018
18. QUELHAS, D.; KOMPALA, C.; WITTENBRINK, B.; HAN, S.; PARKER, M.; SHAPIRO, M.; DOWNS, S.; KRAEMER, K.; FANZO, J.; MORRIS, S.; KREIS, K. (2018). The association between active tobacco use during pregnancy and growth outcomes of children under five years of age: a systematic review and meta-analysis. **BMC Public Health**, 18 (1372), p. 1-17, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6137-7>
19. ROCHA, E.; ROCHA, R. R. Drogas na gravidez e consequências em recém-nascidos. **Journal of Specialist**, 2, p. 2-29, 2018.
20. SANTOS, J. F.; CAVALCANTE, C.; BARBOSA, F. T.; GITAÍ, D. L.; DUZZIONI, M.; TILELLI, C. Q.; SHETTY, A. K.; CASTRO, O. W. Maternal, fetal and neonatal consequences associated with the use of crack cocaine during the gestational period: a systematic review and meta-analysis. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, p. 1-17, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4833-2>.
21. TAMASHIRO, E. M.; MILANEZ, H. M.; AZEVEDO, R. C. “Por causa do bebê”: redução do uso de drogas por gestantes. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, 20 (1), p. 319-323, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042020000100017>

O papel do psicólogo como figura de proteção e garantia de direitos das mulheres durante o pré-natal

| **Natália Ferreira Camargo**

Universidade Paulista - UNIP

RESUMO

Este artigo teve como objetivo realizar uma revisão narrativa sobre alguns conceitos analíticos que podem contribuir para o aumento de cesáreas e violência obstétrica. Após a revisão dos conceitos de instinto e arquétipo, constatou-se que são interpretados de forma errônea gerando um mito de que as mulheres não devem buscar informações sobre o período gestacional, pois ser mãe está em sua natureza. Quando, a teoria de Jung nos mostra o oposto, existe um instinto de reflexão, que impulsiona o ser humano a buscar informações. Consideram-se necessárias mudanças quanto aos profissionais que acompanham a gestante durante o pré-natal. A figura de um psicólogo que repasse informações pertinentes a esse período pode ser fundamental na proteção da mulher e garantia de seus direitos.

Palavras-chave: Maternidade, Pré-Natal, Violência Obstétrica, Psicologia, Proteção à Mulher.

■ INTRODUÇÃO

A sociedade moderna impõe sobre o papel materno uma série de obrigações. Existe uma romantização da maternidade, que afirma que todas as mulheres devem querer se tornar mãe, e que todas as mães são felizes e realizadas. O papel da mãe deve ser dotado de amor incondicional e ela deve renunciar a sua carreira em prol dos filhos. Ao mesmo tempo, existe uma corrente oposta que julga as mulheres que abandonam suas carreiras para ficar em casa com seus filhos. Nesse sentido, as mães são sempre julgadas por suas escolhas.

Um fator importante na romantização da maternidade está na confusão gerada com o termo “instinto materno”. A sociedade assume que as mulheres, têm em si, algo inato que é ativado no momento da concepção e que garante que elas saberão exatamente o que fazer a partir daquele momento em diante. Mulheres que buscam informações sobre gestação, puerpério e maternidade são vistas como seres anormais. O natural é que a mulher saiba “maternar”, isso está em sua constituição enquanto mulher.

A teoria sobre os instintos, postulada por Jung não afirma que existe um saber que pode ser acessado de forma instintiva, e trazido à consciência sem esforço algum. Pelo contrário, os instintos são inconscientes e impulsionam os seres humanos a terem comportamentos humanos. Durante o trabalho de parto, por exemplo, existem alguns comportamentos tipicamente humanos que são acessados de forma inconsciente, como as contrações, a força no momento do puxo, a descida do leite materno, entre outros. O amor e o cuidado com o bebê não são comportamentos instintivos e sim construções históricas, sociais e culturais.

Jung separa os instintos em categorias, e dentre elas, existe o instinto de reflexão. Esse instinto, tipicamente humano, nos faz voltar nossa atenção para dentro e refletir, para que possamos transformar os instintos em função criativa, gerando novos conhecimentos. Nesse sentido, não existe um saber inato, existe um instinto que nos faz buscar um novo saber.

Quando a sociedade interpreta o conceito de instinto de forma errada, uma mulher que busca informações sobre o período estacional e puerpério pode ser vista como alguém que tenta racionalizar um período natural. E ela deveria apenas ser levada por esse instinto materno. Ao agir dessa forma, as mulheres ficam inseguras e fragilizadas, não sabem sobre seus direitos e acabam com pouco acesso a informações.

Assim que uma mulher descobre sua gestação ela busca um profissional especializado nessa área, um médico obstetra, muitas vezes ele é o único profissional que a acompanha e o responsável por repassar informações importantes sobre esse período.

Uma consequência em se ter apenas um profissional acompanhando o pré-natal, é que toda a informação pertinente ao período gestacional fica na mão de um único profissional que pode manipular a verdade para obter benefício próprio. Um parto por via vaginal pode durar muito mais tempo do que uma cesárea. Em alguns casos, pensando sobre esse

período maior e a imprevisibilidade do trabalho de parto, profissionais mal intencionados, podem manipular informações para forçar a mulher a optar por um parto cesárea.

Mulheres com pouca informação estão mais sujeitas a sofrerem violência obstétrica. Segundo Foucault (1996), existe uma relação entre saber e poder, na qual, quem detém o saber, tem conseqüentemente mais poder. Olhando por esse prisma, é comum que em casos de violência obstétrica, os profissionais responsáveis saiam ilesos, e esse quadro não se reverta.

Sendo assim, este artigo tem como objetivo realizar uma revisão narrativa sobre os conceitos de instinto e arquétipo, com base na teoria de Jung. Apontando as consequências da romantização da maternidade para a fragilidade e insegurança das mulheres, que muitas vezes confiam nas informações de uma única fonte, no caso o médico obstetra. Na tentativa de possibilitar reflexões e outras perspectivas que auxiliem na melhoria dos serviços de acompanhamento de gestantes.

■ DESENVOLVIMENTO

Mitos da maternidade: a romantização e o instinto

Segundo Cesar *et al.* (2019), a romantização da maternidade vem da crença de que todas as mulheres precisam desejar um filho, pois isto está em sua natureza e que toda mulher-mãe é uma pessoa feliz e realizada. Porém, ao contrário do que vemos com esse fenômeno de romantização, o amor materno não é algo inato às mulheres, não faz parte da natureza feminina e pode estar presente ou não na vida das mães em relação a seus filhos. (Cesar *et al.* 2019).

Cesar *et al.* (2019) afirma que ao longo da história da mulher, uma série de discursos sociais foram construindo e reforçando o papel da mulher como mãe, como se houvesse uma vocação natural para a maternidade, que se assemelha ao conceito de instinto proposto por Jung (1971).

Os instintos são formas típicas de comportamento, e todas as vezes que nos deparamos com formas de reação que se repetem de maneira uniformemente e regular, trata-se de um instinto, quer esteja associado a um motivo consciente ou não (JUNG, 1971, p71).

Para Jung (1971, p. 67), instintos são “processos inconscientes e herdados que se repetem uniformemente e com regularidade por toda parte.” Apesar de serem herdados, não é possível saber onde o instinto começou, só se sabe que se originaram de um ato repetido individualmente e depois se generalizou. Outra característica do instinto é que ele tem um

caráter psicológico e não biológico. Tal observação contradiz a ideia de que as mulheres têm em sua natureza, a obrigação de conceber um filho.

Jung (1971) classifica os instintos em categorias, temos os instintos de autoconservação, que seriam a fome e a sexualidade; Impulso à ação, que se inicia quando os outros impulsos estão satisfeitos, e são o impulso a viajar, o amor à mudança, o desossesejo e o instinto lúdico; Instinto da reflexão, que seria um processo reflexivo que canaliza o estímulo para dentro da corrente instintiva.

Devido à interferência da reflexão, os processos psíquicos exercem uma atração sobre um impulso a agir, produzido pelo estímulo; por isso, o impulso é desviado para uma *atividade endopsíquica*, antes de descarregar-se no mundo exterior. A *reflexão* é um voltar-se para dentro, tendo como resultado que, em vez de uma reação instintiva, surja uma *sucessão de conteúdos ou estados*, que podemos chamar reflexão ou consideração. Assim, a compulsividade é substituída por uma certa liberdade, e a previsibilidade por uma relativa imprevisibilidade (JUNG, 1971, p.54).

Os instintos não são criativos, por si só, eles possuem uma tendência de se repetirem indefinidamente, contudo o homem é capaz de criar coisas novas, assim como a natureza, no decurso de longos períodos. A essa capacidade, Jung deu o nome de força criativa, que seria um fator psíquico de natureza semelhante ao instinto. (Jung 1971).

O conceito de instinto é complementar ao conceito de inconsciente, sobre essa questão Jung (1971, p. 69) diz “eu defino o inconsciente como a totalidade de todos os fenômenos psíquicos em que falta a qualidade da consciência”. Todos os conteúdos psíquicos possuem um valor energético e certo potencial para se tornar conscientes. O inconsciente guarda diversos conteúdos, como lembranças perdidas. Esse seria o inconsciente pessoal.

Além desses conteúdos, existem conteúdos herdados, que não tiveram origem na consciência, os impulsos e junto com eles, imagens primordiais inatas que Jung chamou de arquétipos. Segundo ele, os instintos impulsionam o homem a adotar formas de existência especificamente humana. E os arquétipos forçam a percepção e a intuição a assumirem padrões especificamente humanos.

A intuição decorre de um processo inconsciente, dado que seu resultado é uma ideia súbita, a irrupção de um conteúdo inconsciente na consciência. A intuição é, portanto, um processo de percepção, mas ao contrário da atividade consciente dos sentidos e da introspecção, é uma percepção inconsciente. Por isso é que na linguagem comum, nos referimos à intuição como sendo um ato “instintivo” de apreensão, porque a intuição é um processo análogo ao instinto, apenas com a diferença de que, enquanto o instinto é um impulso predeterminado que leva a uma atividade extremamente complicada, a intuição é a apreensão teleológica de uma situação, também extremamente complicada (JUNG, 1984, p.68).

Instinto e arquétipo são processos inatos aos seres humanos e trazem comportamentos repetitivos de ordem inconsciente, que se repetem eternamente. Estão relacionados com determinados comportamentos humanos, mas não dizem respeito a aprendizados e necessitam de algum processo analítico para emergir à consciência. É através da análise desses conteúdos que a Psicologia Analítica pretende chegar à individuação. Para (JUNG, 2021, p12.) “uma existência psíquica só pode ser reconhecida pela presença de conteúdos capazes de serem conscientizados.”

Este processo corresponde ao decorrer natural de uma vida, em que o indivíduo se torna o que sempre foi. E porque o homem tem consciência, um desenvolvimento desta espécie não decorre sem dificuldades; muitas vezes ele é vário e perturbado, porque a consciência se desvia sempre de novo da base arquetípica instintual, pondo-se em oposição a ela (JUNG, 2021, p. 49).

Jung afirma que o processo de individuação exige uma tomada de consciência de conteúdos inconscientes. Pode durar uma vida inteira, o que demonstra que o processo de tornar conteúdos instintivos e arquetípicos conscientes é uma tarefa árdua, que exige muito trabalho. A gestação e maternidade têm caráter arquetípicos, e devem ser encarados como uma fase com conteúdos importantes para a individuação.

É necessário analisar o período gestacional como parte importante do processo de individuação. A maternidade tem caráter instintivo e arquetípico, alguns comportamentos que ela traz são universais, porém não podemos afirmar que o instinto gera conhecimento. E não podemos excluir a necessidade de buscar informações sobre as mudanças psíquicas, físicas e de papéis sociais típicas do período gestacional.

Usando-se de alguns conceitos da psicologia, a sociedade coloca sobre a mãe um peso muito grande, como se ao descobrir que está grávida, ela tivesse por obrigação ativar um instinto materno, que a qualificaria a cuidar de um bebê, sem erros ou sentimentos conflituosos. As mulheres deveriam “saber ser mães”. Porém, o conceito de arquétipo e instinto mostram que ambos são conteúdos inconscientes e que precisam de um auxílio para emergir à consciência.

Para além de conteúdos inconscientes, a visão que a sociedade assume da maternidade possui um mecanismo que a todo momento gera culpa para a figura da mãe. Nós temos uma visão reforçada pela mídia e literatura que diz que as mães são pessoas felizes e realizadas. E que seus filhos demandam de uma atenção exclusiva da mãe, e que seu papel seria ficar em casa cuidando de sua família em tempo integral (César *et al.*, 2019).

César *et al.* (2019) ainda afirma que de uma forma contraditória, existe outro discurso que culpa a mãe por abandonar sua carreira e se dedicar apenas aos filhos, então a mãe vive em constante julgamento. E, lidando com suas carreiras, vidas conjugais e filhos, as

mães vivem em um constante luto de si mesmas. Elas precisam renunciar a sua subjetividade para cuidar de outra pessoa.

Alberto, em seu estudo de 2020 afirma que existe uma crença de que o amor materno é algo tão forte que só poderia ser natural e presente em todas as mulheres. Crença que aponta como patológicas, as mulheres que fogem à essa regra, imposta pela sociedade. Ao estudar Badinter, a autora afirma que o amor materno nem sempre foi visto dessa forma.

Alberto (2020) afirma que durante o século XVII, devido a situação de miséria em que a maioria das pessoas vivia, as crianças eram abandonadas ou entregues a amas de leite. Isso tudo gerava um alto índice de infanticídio. Esses fatos só se modificam a partir de 1760 quando as crianças são vistas como futuros adultos que contribuiriam para a riqueza do país.

Maldonado, em seu livro “Psicologia da gravidez” também faz um estudo sobre o trabalho de Badinter, trazendo fatos históricos de como a questão da maternidade foi se modificando ao longo do tempo, sobre o amor materno ela conclui:

... o amor materno não é um instinto, mas um sentimento que, como todos os demais, está sujeito a imperfeições, oscilações e modificações, podendo manifestar-se só com um filho ou com todos. Para Badinter, a existência do amor materno depende não só da história da mãe, como também da própria História (MALDONADO, 2021, p23).

O instinto materno popularmente conhecido remete à ideia de amor materno, e ao contrário do que diz o senso comum, é uma construção histórica, social e cultural, o amor materno e conseqüentemente o instinto materno nem sempre foi visto da forma como a sociedade moderna impõe. Não é algo inato e natural da mulher e não deveria gerar culpa, cada mulher sente a experiência da maternidade de uma forma e isso deveria ser validado durante a gestação.

Um olhar junguiano sobre a gestação

Levando em consideração que a questão do instinto e a romantização podem prejudicar a preparação e experiência de gestação, parto e puerpério, e conseqüentemente influencia também no desenvolvimento do bebê. É importante buscar a forma como a Psicologia Analítica enxerga o período de gestação. Qual sua importância durante a vida das mulheres.

Gallbach (1995) afirma que a gravidez é uma fase transitória, na qual se constela o arquétipo materno. Essa constelação leva a uma revisão da estruturação matriarcal de sua personalidade. A gestação promove um movimento de crescimento, onde a mulher passa de filha para mãe.

O materno é um aspecto do arquétipo feminino que precisa ser elaborado no desenvolvimento da mulher, seja através de uma maternidade física ou não. Uma vez constelado o arquétipo materno, a mulher tem de confrontá-lo, ser regida por ele, passando pela transformação psíquica de menina-moça para mulher-mãe (GOLLBACH, 1995, P.39).

Segundo a autora, gravidez e maternidade podem promover ampliação da consciência e transformação da personalidade. Isso acontece quando a mulher é capaz de vivenciar a gravidez de uma forma total, psíquica e espiritual. Quando o processo biológico é acompanhado de um processo de maternidade psíquica.

Gollbach afirma também que durante a gravidez, é possível que a mulher integre a vida adulta e criança em sua personalidade. O filho, não seria o bebê concreto, mas uma nova forma de ser dela própria, para uma nova forma de futuro.

Da mesma forma que, no início do desenvolvimento, um elemento masculino libertou a psique feminina do estado inconsciente de identificação com a mãe, conduziu-a ao domínio do patriarcado, agora a reconexão com o Self como Self feminino liberta o feminino de sua identificação com a consciência patriarcal. É também por meio de um elemento masculino, o do amor do pai, que a menina se separa da mãe, percebendo sua própria fertilidade potencial (GOLLBACH, 1995, P.46).

Ao dar à luz, segundo Gollbach, a mulher renuncia a si, e se torna apenas um canal, um meio para a nova vida, a mulher experimenta uma descida às profundezas na qual se revela apenas como mulher, tal qual suas ancestrais, sem características de sua personalidade. O momento do parto é de importante significado simbólico também. Sobre isso, a autora afirma que as cesáreas são:

...um corte e, quando a criança é tirada da mãe, em vez de esta libertá-la, pode acabar-se cortando a experiência do significado mais profundo, do ato de dar à luz. Para a criança a nascer ocorre uma desconexão: não mobiliza as forças instintivas para nascer, não entra na luta vida-morte, na luta pela vida para fazer a transição de um estágio para outro, de dentro do útero para o mundo, do escuro para a luz. A mãe também enfrenta as forças da morte-renascimento no parto. A própria transformação dela de filha para mulher-mãe também inclui essa passagem de morte da filha para o renascimento como nova pessoa (GALLBACH, 1995. P. 52).

Para além do lado psicológico, das mudanças físicas e de papéis sociais que a maternidade traz para a vida da mulher, existe um sentido místico e transcendental, que Rodrigues (2008) descreve em sua tese de doutorado.

O inconsciente coletivo libera o inconsciente pessoal à consciência, à medida que esta se desenvolve, sem que com isso, perca os aspectos de sua origem: a experiência fenomenológica da gestação, parto e maternidade remete o inconsciente pessoal da mulher àqueles significados coletivos dessa experiência simbólica (RODRIGUES, 2008, P.123).

Segundo a autora, se a mulher não tem consciência desse processo, ela pode gerar filhos concretamente, e não ter condições estruturais para mantê-los. Apenas intuindo a capacidade dessa experiência sem gerar realização pessoal. Quando vivenciada amplamente, tal experiência poderia ampliar o anseio de realização do feminino, integrando-a à identidade da mulher.

Nas experiências fenomenológicas concretas de gerar, gestar, parir uma nova vida humana e ser mãe, aponta-se uma nova organização psíquica, com a revisão de valores, esperança de recomeço e felicidade, anseio por conversão ou mudança de estado atual de vida: a manifestação simbólica do Sagrado, poderoso e criado, através da existência da mulher e de seu corpo.

Uma vez equilibrada a relação entre consciência e necessidades espirituais simbolizadas na maternidade pelo inconsciente coletivo, há a ampliação da consciência individual, que conquista e conhece cada vez mais os significados dessa experiência, cooperando para o processo psicológico de individuação da mulher.

Pattis (1995), em seu livro *“Aborto, Perda e Renovação”*, faz um estudo sobre os motivos inconscientes que levam uma mulher a ter uma gestação indesejada. Esses desejos não têm a ver necessariamente com o desejo de um filho, e sim com o período gestacional em si. Uma dessas razões seria a prova de fertilidade. Antigamente, alguns rituais marcavam a passagem da infância para a vida adulta, e simbolicamente, mostravam às mulheres que elas eram férteis. Com o tempo, esses rituais foram se extinguindo, e em alguns casos, a necessidade da gestação está em provar uma fertilidade.

Outro aspecto, que segundo a autora, podem influenciar no desejo da mulher em ficar grávida, é o de que o relacionamento conjugal dê frutos. O que acontece é que uma gestação indesejada, muitas vezes põe fim ao relacionamento, e em alguns casos, deixa claro que o objetivo da mulher era a gestação e não o filho em si.

Pattis (1995) afirma também, que a gravidez pode representar um desejo de mudança, sem muito esforço por parte da mulher. Existe uma crença de que ser mãe é a realização do ser mulher. Também existe uma crença coletiva de que a maternidade aumenta a potência da mulher. Como, se esta pudesse ser vista como uma Deusa Mãe.

Nos comerciais publicitários são visualizados este universo mítico contemporâneo e as nossas fantasias semiconscientes: a futura mãe é tranquila, amorosa, sorridente; não tem deveres e dispõe de tempo à beça. Se não está ocupada com o enxoval do nascituro, está grudada no telefone (PATTIS, 1995, p.56).

Outro aspecto do desejo da gravidez, segundo Pattis (1995), é a regressão à infância, que biologicamente é necessária para que o fenômeno de simbiose entre mãe e bebê ocorra. Pais que tiveram uma criação muito restritiva, se alegram de reviver algumas situações perdidas, com o intuito de aproveitá-las melhor, o que geralmente não acontece, pois a rigidez interna é muito grande. Nesses casos, quando a mãe percebe que a maternidade exige maturidade e que *“seu excesso de peso não desaparece, que não tem mais vida sexual, que seu filho se comporta cada vez menos como aquilo que ela esperava e conseqüentemente se sente enganada”* (Pattis, 1995, p.61).

Pattis (1995) ainda diz que existe uma vontade de criação sem esforço, que é garantida pela gravidez. A gravidez traz uma mudança criativa muito grande, que não exige tanto esforço como em qualquer outro processo criativo. Durante a gestação, essas mulheres começam a observar as mudanças de seus corpos, e muitas delas se sentem seguras.

A gestação e maternidade são eventos importantes para a vida das mulheres, trazem uma série de mudanças físicas, psíquicas e espirituais e assume um ponto de destaque durante o processo de individuação. Dessa forma, é importante que o psicoterapeuta que acompanha a mulher durante esse período tenha conhecimento das mudanças e significados que a gestação tem para sua analisanda.

Segundo Hall (1986), a psicoterapia junguiana tem como meta, auxiliar o analisando a concluir o processo de individuação. Primeiramente auxiliando o analisando a identificar aspectos inconscientes e integrá-los à sua personalidade. Em seguida, permitindo que o analisando faça uma autoanálise e dê prosseguimento ao processo de individuação até o final de sua vida.

A conclusão bem-sucedida da análise junguiana nos devolve ao mundo como pessoas mais profundamente integradas, capazes de percorrer a estrada da individuação contando apenas com a contenção e orientação internas, conforme a necessidade, das profundezas da nossa psique (HALL, 1986, P.111).

O analista então, estaria a serviço do Si-mesmo, como disse Jacoby (1984, p. 119) “a meta da análise é estabelecer um relacionamento entre o ego consciente e o inconsciente. A presença do analista como ser humano é ao mesmo tempo um instrumento a serviço do Si-mesmo.” Sendo utilizado como instrumento pelo analisando para se obter o processo de individuação.

Por ser uma fase de muitas mudanças, em nível físico, psíquico e espiritual, a gestação traz conteúdos inconscientes que podem contribuir para o processo de individuação. Um acompanhamento psicológico durante essa fase pode trazer uma gestação mais consciente, e conseqüentemente uma relação mais proveitosa entre a mãe e o bebê.

O papel da desinformação na incidência da violência obstétrica e aumento do número de cesáreas

O profissional responsável por acompanhar a mulher durante sua gestação é o obstetra. Assim que ela descobre a gravidez, marca uma consulta e segue seu pré-natal com esse profissional. Existem outros profissionais qualificados para acompanhar a mulher durante o pré-natal, porém nem todas sabem, e nem todos os obstetras encaminham essas mulheres para outros profissionais.

Muitas vezes, ao se deparar com uma gravidez, as mulheres não sabem onde buscar informação confiável sobre o período gestacional e ficam nas mãos dos médicos. Quando a mulher tem apenas um profissional que a acompanha durante o pré-natal, é fácil manipular as informações, em busca de melhores condições para os médicos.

O que muitas vezes acontece, principalmente em profissionais de planos de saúde, é que um parto normal ou natural tem uma duração muito longa, enquanto um parto cesáreo é rápido e previsível. O obstetra, quando mal intencionado, pode manipular algumas informações para induzir as mulheres a optar por uma cesárea.

Chauvet (2013), em seu documentário “O renascimento do Parto”, mostra que dificilmente um obstetra irá se negar diretamente a realizar um parto normal ou natural, o que acontece é que esse profissional vai, de uma forma bastante sutil, manipulando informações, que faz com que as mulheres se sintam inseguras e com medo de que algo ruim aconteça à elas e seus filhos, e acabam cedendo às imposições dos médicos.

O que faz com que o poder se mantenha e seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir (FOUCAULT, 1996, p. 8).

A desinformação das mulheres sobre seus próprios direitos durante o parto e as mudanças que a gestação traz, deixam as mulheres inseguras. Muitas vezes, os médicos se utilizam dessa fragilidade e do medo que as mães têm de que algo de ruim aconteça com seus bebês para passar por cima dos desejos das mães. O saber está nas mãos do especialista e conseqüentemente o poder também.

Do momento em que a politização se realiza a partir de uma atividade específica de cada um, o limiar da escritura como marca sacralizante do intelectual desaparece, e então podem se produzir ligações transversais de saber para saber, de um ponto de politização para outro. Assim, os magistrados e os psiquiatras, os médicos e os assistentes sociais os trabalhadores de laboratório e os sociólogos podem, em seu próprio lugar e por meio de intercâmbios e articulações, participar de uma politização global de intelectuais (Foucault, 1996, p. 9).

Foucault define verdade como "um conjunto de procedimentos regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados." Para ele, os sistemas de poder produzem e apoiam essa "verdade", existem efeitos de poder que ela induz e que a reproduzem, o que ele chamou de "Regime" de verdade.

O saber sobre o parto nem sempre esteve nas mãos dos médicos. Segundo Bio (2015), foi só, a partir do século XIX, que o parto passou a ser de domínio médico, associado a uma cultura de segurança.

No passado, as responsáveis eram as mulheres mais velhas da família e com experiência de parto, que transmitiam os ensinamentos e acompanhavam a parturiente; depois, mulheres que, por vocação, conhecimento e dedicação, fizeram acompanhamento do trabalho de parto e do parto seu ofício: as parteiras (talvez a mais antiga profissão). Em seguida, durante o século XVII, foram introduzidos os médicos cirurgiões, inicialmente chamados pelas parteiras para resolver situações imprevistas e difíceis no trabalho de parto; bem mais tarde, os médicos obstetras, respondendo à evolução do conhecimento e à criação das especialidades médicas (BIO, 2015 p. 104).

No Brasil, segundo dados divulgados pelo Conselho Nacional de Saúde (2021), o índice de partos cesáreos são de 85% na rede privada. E, segundo dados divulgados em 2015 pelo ministério da saúde, o índice de partos cesáreos no serviço público apresenta uma ocorrência de 40%. Esses números vão na contramão da comunidade científica internacional, que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), considera que taxas superiores a 10% não estão associadas à redução de mortalidade materna e neonatal.

Além da imposição de cesáreas desnecessárias, a desinformação gerada por esse sistema em que o saber está nas mãos dos médicos, pode levar à uma violência obstétrica.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), "violência é a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. Nesse sentido destaca-se a violência obstétrica como um tipo específico de violência contra a mulher" (Zanardo *et al.*, 2016, p. 4).

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que o termo "instinto materno" é visto pela sociedade como a capacidade obrigatória da mulher de amar seu filho e adquirir um conhecimento inato de como geri-lo e cria-lo. Esse mito cria sobre a mãe uma grande pressão e culpa e, muitas vezes desestimula a mulher a buscar informações e conhecer seus direitos.

O saber médico, muitas vezes, contribui para que a mulher siga sem conhecimento, principalmente quando este se apresenta mal-intencionado, priorizando o lado financeiro, em detrimento do bem estar da mãe e bebê.

É necessário que a mulher se empodere, conheça seus direitos e receba informações de diversas fontes, para que escolha o melhor caminho para si mesma e seu bebê. O trabalho de parto exige uma preparação física e mental, que só é possível, quando deixamos de lado a ideia de que as mulheres têm em sua constituição todo o conhecimento necessário e inato para gerar, parir e educar um bebê.

Nesse sentido, a figura de um psicólogo que acompanhasse a mulher durante o pré-natal, juntamente com outros profissionais, e que analisasse não só o período de mudanças que a gestação traz, mas contribuísse com informações pertinentes sobre esse período, poderia ser um aliado importante na proteção e garantia dos direitos da mulher

Tal profissional deveria ter um conhecimento sobre a fisiologia da mulher e trabalho do obstetra, para garantir que o bem estar da mulher esteja em primeiro lugar, acima do ganho financeiro da equipe que a acompanha. Assim, quando houver uma manipulação da verdade, o psicólogo poderia impulsionar a mulher a buscar outras fontes de informação.

Agradecimentos

Agradeço a meu marido Felipe, que esteve ao meu lado, me incentivando durante minha pesquisa. A meus filhos, Isa e Gabriel, que me motivam a ir sempre além. Aos meus professores da graduação, que me apresentaram a um mundo mais crítico e me mostraram que é possível mudar nossa realidade. E aos meus professores da pós-graduação, que me deram ferramentas para me aprofundar mais neste tema tão importante para mim.

■ REFERÊNCIAS

1. ALBERTO, C.B. **Maternidade e acolhimento institucional: uma revisão bibliográfica sobre o tema.** PUC. Trabalho de Conclusão de curso. São Paulo. 2020.
2. BIO, E. **O corpo no trabalho de parto. O resgate do processo natural do nascimento.** São Paulo: Summus, 2015.
3. CÉSAR, R.C.B; LOURES, A.F.; ANDRADE, B.B.S. **A romantização da maternidade e a culpabilização da mulher.** Revista Mosaicco. 2019. Jul./Dez; 10 (2):SUPLEMENTO 68-75.
4. CHAUVET, E. **O renascimento do parto.** Produção de Eduardo Chauvet. Brasil. Master Brasil e Ritmo Filmes. 2013.
5. FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Graal. 1996
6. GALLBACH, M. R. **Sonhos e Gravidez. Iniciação à Criatividade Feminina.** São Paulo: Paulus, 1995.

7. HALL, J. A. **A experiência Junguiana. Análise e Individuação.** São Paulo: Cultrix, 1986.
8. JACOBY, M. **O Encontro Analítico. Transferência e Relacionamento Humano.** São Paulo: Cultrix, 1984.
9. JUNG, C.G. **A Natureza da Psique.** Petrópolis: Vozes, 1971
10. JUNG, C.G. **Os arquétipos e o inconsciente coletivo.** Petrópolis: Vozes, 2021
11. MALDONADO, M.T. **Psicologia da Gravidez.** São Paulo: Ideias Letras, 2021
12. PATTIS, E. **Aborto, Perda e Renovação: Um paradoxo na procura da identidade feminina.** São Paulo: Paulus, 2000.
13. RODRIGUES, C.C.L. **Cheias de Graça: Gestação e sentimento de plenitude espiritual. A experiência Místico-religiosa na gestação, parto e maternidade em dois grupos de mulheres.** PUC. Tese de Doutorado. São Paulo, 2008.
14. ZANARDO, G.L.P.; URIBE, M.C.; NADAL, A.H.R.; HABIGZANG, L.F. **Violência obstétrica no Brasil: Uma revisão narrativa.**

Atendimento de pré-natal durante a pandemia de Covid-19: revisão da literatura

| **William Bergues de Souza Travassos**
FAVENI

| **Lucielle Pereira Soares**
Faculdade Gianna Beretta

| **Weslle Anny Santos Gomes**
IESF

| **Janete Souza Pinheiro**
Uniasselvi

| **Waiza Priscila Freire Oliveira**
Faculdade Gianna Beretta

| **Iara Raquel Cantanhede Castro Santiago**
FAVENI

| **Selma Silva dos Santos**
Faculdade Gianna Beretta

| **Ellayna Christiny Castro de Oliveira Lima**
FAVENI

| **Leidiane Soares Veloso**

| **Elizandra Duarte Pinto**
FAVENI

RESUMO

A gravidez é um período de extrema vulnerabilidade para as mulheres, caracterizado por uma série de transformações de caráter físico, psíquico e emocional. Objetiva-se no presente estudo descrever a atuação da enfermagem no atendimento de pré-natal. Tem-se como objetivos específicos abordar os aspectos gerais da gestação e explicar a ocorrência deste atendimento durante a pandemia de Covid-19. O presente estudo consistiu em uma revisão narrativa da literatura, realizada por meio de pesquisas nos meios eletrônicos SciELO, BDNF e MEDLINE. Evidenciou-se no presente estudo que a pandemia de Covid-19 afetou diversos setores de serviços incluindo a saúde pública em todo o mundo, interrompendo assim o acesso de diversas pessoas aos serviços de atenção à saúde do nível primário e secundário. A assistência ao pré-natal é uma atividade essencial de saúde desenvolvida especialmente na atenção primária, onde os profissionais de saúde atuantes nas unidades básicas realizam acompanhamento integral da gestante em seu pré-natal. A partir do estudo, fomenta-se a realização de novos estudos acerca desta temática uma melhor compreensão acerca do tema de como ocorre o acompanhamento do pré-natal durante o período da pandemia com ênfase na atenção básica.

Palavras-chave: Gravidez, Pré-Natal, Pandemia.

■ INTRODUÇÃO

A gravidez é um período de extrema vulnerabilidade para as mulheres, caracterizado por uma série de transformações de caráter físico, psíquico e emocional. Muitos aspectos são influenciadores na aceitação da gravidez, desde mudanças nas rotinas familiares até fatores emocionais, afetivos mais sérios com parceiro, status socioeconômico, residência, apoio familiar e social, condições de trabalho, entre outros (GUTIÉRREZ, 2016).

Portanto, o contexto social, econômico, cultural e emocional influenciam diretamente a experiência das mulheres em relação à gravidez, bem como a maneira que a gestante irá se relacionar com o bebê. Também é importante para que a sociedade veja a gravidez como um fenômeno fisiológico que também deve ser considerado como parte da experiência de vida saudável da mulher (RODRIGUES; BARROS; SOARES, 2016).

A assistência às mulheres grávidas geralmente ocorre na Unidade Básica de Saúde (UBS), através da consulta de pré-natal com enfermeiros e médicos. Dentre as atividades de acompanhamento, ganham destaque por parte da enfermagem as orientações acerca de aspectos específicos da gestação, o autocuidado, o cuidado com o bebê e os cuidados para que a gestação e o parto ocorram com o mínimo de intercorrências possíveis (RODRIGUES; BARROS; SOARES, 2016).

Com o surgimento da pandemia da COVID-19, ofertar uma assistência integral e digna à gestante durante o pré-natal tornou-se um desafio ainda maior para os serviços de saúde. Isso se deve ao fato de as gestantes serem consideradas do grupo de maior risco à contaminação da doença, o que exige maior atenção e cuidado ao instruí-las à busca dos serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Justifica-se o presente estudo pela relevância social, pois o pré-natal faz parte das atividades mais importantes a serem conduzidas pelos profissionais de saúde. Sua condução de forma errada pode resultar em diversos problemas de saúde pública responsáveis por levar gestantes de diversas faixas etárias e recém-nascidos a desencadear problemas de saúde que resultem na internação e/ou no óbito destes. No contexto acadêmico, se faz importante haver o conhecimento dessa temática para que se possa permitir o surgimento de novas pesquisas sobre o assunto, bem como um maior conhecimento teórico sobre suas implicações e resultados, possibilitando uma melhor ação assistencial, maior segurança aos pacientes e maior qualidade na assistência prestada.

Ademais, tem-se ainda como justificativa a motivação pessoal dos pesquisadores de conhecer a temática para aprofundar-se mais no que está ocorrendo atualmente no mundo, de modo a preparar-se profissionalmente para lidar com os atendimentos de pré-natal na atenção básica no período da pandemia.

Para uma melhor compreensão do presente tema, propõe-se responder no presente estudo à seguinte problemática de pesquisa: Quais são as estratégias da enfermagem no atendimento de pré-natal durante a pandemia de Covid-19?

Objetiva-se no presente estudo apontar a atuação da enfermagem no atendimento de pré-natal. Tem-se como objetivos específicos abordar os aspectos gerais da gestação e descrever a ocorrência deste atendimento durante a pandemia de Covid-19.

A metodologia do presente estudo consistiu em uma revisão narrativa da literatura. A coleta de dados ocorreu por meio de pesquisas nos meios eletrônicos Scientific Electronic Library Online (SciELO), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), através de pesquisa com base em artigos que abordaram acerca da temática com uso dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “Gravidez”, “Pré-Natal” e “Pandemia”, que foram cruzados entre si para melhor obtenção de resultados. A busca dos dados foi realizada entre os meses de julho a setembro de 2022.

Foram incluídos no referente estudo artigos que obtiverem resultados relacionados à temática abordada, estando disponíveis nas bases de dados de forma integral, gratuita, nos idiomas português e inglês, publicados entre 2016 a 2021. Artigos anteriores ao ano de 2016, em outros idiomas, repetidos em mais de uma base de dados, incompletos e sem referências foram excluídos do estudo.

■ DESENVOLVIMENTO

O Atendimento de Pré-natal na Atenção Básica

O corpo humano é formado por um arranjo que possui atributos bem específicos, com atividades exclusivas. Todavia, essas estruturas estabelecem uma interdependência orgânica e/ou fisiológica (VIEIRA; MATSUKURA; VIEIRA, 2017).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a gestação é um período de várias mudanças para a mulher e é marcada por profundas transformações físicas, psicológicas e comportamentais. Nesse período, as mudanças podem ser influenciadas por fatores psicológicos, socioeconômicos e culturais, que têm reflexos diretos nos valores, hábitos, preferências, escolhas e comportamentos que adotarão durante a gravidez, o parto e o puerpério (ALMEIDA *et al.*, 2017).

Fisiologicamente, a gestação ocasiona mudanças em diversos órgãos e sistemas do corpo da mãe, onde a maior parte deles retorna ao normal após o parto. De forma generalizada, as alterações são maiores em gestações múltiplas em comparação às que ocorrem em uma gestação única (ALMEIDA *et al.*, 2017).

Os cuidados da enfermagem no acompanhamento de uma gravidez se constituem um fenômeno antigo, contudo, somente no século XX, esse tema assumiu posição de destaque nas discussões do sistema de saúde. Estimulou também a elaboração pela indústria farmacêutica de métodos que propiciem maior segurança à gestante e melhorem o desenvolvimento fetal (LINS, 2016).

Hoje conceitua-se o pré-natal como um conjunto complexo de atividades desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (MS), que garantem o direito de um casal em relação à geração segura de filhos. Tal ideia oferece toda a assistência necessária para a promoção de uma gravidez segura para a mãe e o bebê, com assistência de saúde de forma eficiente e de fácil acesso (BARBOSA *et al.*, 2019).

Nesse ínterim, a mulher apresenta-se como a protagonista neste processo, pois em combinação com o grupo familiar e os profissionais do programa de saúde, tem o direito de escolha acerca do método de parto, direito ao acesso de uma assistência com qualidade, envolvendo consultas e exames gratuitos, além de receber orientações sobre sua saúde e a saúde fetal nas consultas (KAMI; VIDIGAL; MACEDO, 2017).

O profissional de enfermagem, no âmbito do atendimento pré-natal na atenção básica, deve mostrar-se capacitado para confirmar e desenvolver seu papel profissional e social, atentando para a interação direta com a gestante, visando um ingresso saudável na fase da maternidade, bem como prevenindo quaisquer riscos que venham prejudicar a gestação e/ou a saúde de algum dos envolvidos, garantindo assim a qualidade de vida e saúde da paciente (GENZ *et al.*, 2017).

O profissional que realiza o atendimento tem também um papel fundamental no processo, promovendo informações necessárias e esclarecedoras sobre as etapas da gestação e o preparo para o parto por meio da orientação, a fim de reforçar a segurança dos pacientes (FURLANETTO *et al.*, 2018).

As atividades educativas são importantes, por permitirem que haja a manutenção da saúde individual e coletiva, permitindo troca de conhecimentos entre profissionais e pacientes. Cabe ao enfermeiro a educação em saúde por meio da exposição com uso de materiais audiovisuais autoexplicativos e estímulos a conversas em grupos. Cabe lembrar que a educação em saúde contribui para o conhecimento dos aspectos inerentes a uma determinada população, reduzindo os riscos e agravos na saúde desta (VIEIRA, 2016).

Diversas mulheres grávidas e alguns profissionais da área da saúde pensam que o atendimento de pré-natal abrange apenas a realização de ultrassons e testes rápidos. O fato é que estes atos servem apenas para verificar o estado de saúde da mãe e do bebê, sendo estes complementados com a realização de exames clínicos e físicos nos consultórios da atenção básica (KAMI; VIDIGAL; MACEDO, 2017).

A realização dos exames físico e clínico serve para avaliar as condições da mulher na gestação, sendo realizada a mensuração da altura uterina, a palpação da barriga para identificar a posição fetal e o crescimento do bebê em comparação à idade gestacional, aferição de medidas antropométricas e averiguação de possíveis queixas. Tais condutas podem ser realizadas por um Obstetrix, Médico Obstetra ou Enfermeiro Obstetra, além de outros profissionais médicos e enfermeiros. Ademais, solicita-se no pré-natal a realização de exames laboratoriais e ultrassons conforme recomendação do Ministério da Saúde (KAMI; VIDIGAL; MACEDO, 2017).

De acordo com o estudo de Cunha *et al.* (2019), o atendimento de pré-natal envolve ainda ações de educação em saúde, identificação de riscos, prevenção e tratamento de complicações e agravos em saúde, o que requer planejamento prévio e estruturação nas condutas de modo que assegure o acesso e permita a continuidade do cuidado de forma integral e humanizada, com objetivo de promover a saúde da mãe e do bebê.

Tal acompanhamento ocorre de modo rotineiro na Atenção Básica, podendo alcançar outros níveis de assistência por conta da existência das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que possuem o objetivo de garantir a integralidade de acordo com as necessidades que a gestante possa possuir. Tentando ofertar um atendimento adequado a essas demandas, as RAS podem permitir a articulação do conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por atividades cooperativas que servem para ofertar a atenção integral e contínua (CUNHA *et al.*, 2019).

O MS enfatiza ainda que o pré-natal é o período ideal para serem abordadas questões emocionais, serem esclarecidas dúvidas e serem conhecidos históricos familiares e pessoais de morbidade e saúde. Até as 30 semanas de gestação, deve ser realizado o acompanhamento mensal da gestante, evoluindo para quinzenal após as 31 semanas e semanal após 37 semanas. Caso chegue às 40 semanas de gestação, o acompanhamento deve ser a cada 2 dias (BRASIL, 2017).

Deste modo, a organização das redes de saúde se unem a ações e serviços com melhor qualidade, mais custo-efetivos, com maior taxa de satisfação dos pacientes e melhores indicadores globais de saúde em diferentes realidades. Nesse sentido, a atenção básica constitui-se como porta de entrada preferencial, sendo a principal rede provedora da atenção e a responsável pela organização do cuidado (BOUSQUAT *et al.*, 2017).

Coordenando o cuidado de pré-natal, a atenção básica tem como grande e principal responsabilidade nos impactos gerados na saúde das gestantes assistidas. Ela possibilita que o atendimento ocorra de maneira organizada, de forma que não venha a ter prejuízos em sua saúde (BOUSQUAT *et al.*, 2017).

Segundo Leite *et al.* (2018), o atendimento de pré-natal na atenção básica integra o atendimento ofertado nos sistemas de saúde. Este atendimento é dirigido e centrado na gestante, sendo a sua qualificação algo indispensável para realizar a gestão do cuidado integral da paciente, organizando sua integração aos serviços especializados. O atendimento de pré-natal não se restringe ao nível da atenção básica; contudo, é a base de todo o atendimento, tornando-se pilar para a efetividade do Sistema Único de Saúde.

Na assistência ofertada no pré-natal na atenção básica, necessita-se haver condutas onde as gestantes precisarão utilizar futuramente outros níveis de serviços de saúde. Para garantir a atenção ao pré-natal de baixo risco, é imprescindível que a equipe de saúde realize procedimentos com técnicas padronizadas, humanizadas e corretas durante a realização de atividades educativas, de exames complementares, exames clínicos e obstétricos (BRASIL, 2017).

Essas atividades visam garantir a integralidade da assistência e a continuidade do cuidado a essas gestantes e aos seus familiares. Porém, ainda que a integralidade seja importante nesse contexto, é evidente a existência de barreiras para a sua consolidação. A lei orgânica da saúde descreve a integralidade da assistência em saúde como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 2017).

Isso demonstra que a gestante deve ser assistida durante o seu pré-natal em todos os âmbitos da saúde que se façam necessários, garantindo a continuidade do cuidado. Isto é corroborado pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2017 que reitera que a atenção básica é responsável pela operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017).

O atendimento durante a pandemia de Covid-19

No período em que estabeleceu-se o distanciamento social, as ações da atenção básica passaram a ser percebidas de forma diferenciada, demonstrando que a atenção à saúde pode ocorrer de diversas formas. Por conta da situação vivenciada durante a pandemia de Covid-19, levando em consideração que diversas consultas foram suspensas ou canceladas, algumas estratégias foram adotadas para manter a promoção e prevenção à saúde da população. A tecnologia possibilita que as informações transmitidas se propaguem pelo mundo e fornece referências para grande parte da população, garantindo a segurança populacional e a transmissão das informações (MASCARENHAS *et al.*, 2020).

A pandemia da Covid-19 deixou evidente o fato de que é imprescindível que o sistema de saúde evolua. É importante, nesse sentido, redesenhar o cuidado com o pré-natal mesmo no período da pandemia. A diminuição do contato pessoal da gestante sob acompanhamento

de pré-natal na atenção básica exerce influência direta na capacidade dos sistemas de saúde lidarem com o atendimento desta população (GULERSEN *et al.*, 2020).

Com o uso das tecnologias mais recentes aplicadas na área da saúde, comumente chamadas de “health techs”, evidenciam a ideia de que as consultas em ambulatórios de forma presencial e o uso de ferramentas digitais se completam, sendo o uso da tecnologia algo mais corriqueiro no período da pandemia. Esses materiais possibilitam que a gestante tenha uma melhor experiência e mais segurança durante o pré-natal (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

As consultas ocorridas de forma remota com uso de internet são possíveis, mas cabe realizar a ressalva de que o exame físico é extremamente relevante importante para a avaliação geral das condições de saúde da mãe e do bebê. Por isso, é possível que o profissional de saúde ou a equipe trace estratégias para realizar uma parte da consulta online, evitando que a gestante fique muito tempo fora de casa, sendo o encontro necessário para a implementação de estratégias e cuidados em saúde (TROSTLE *et al.*, 2020).

O uso de ferramentas digitais pode ser uma forma de atenuar a problemática causada pela pandemia de Covid-19, possibilitando que os profissionais acompanhem a gestante no ambiente em que estiverem. Contudo, certos grupos de indivíduos podem ser prejudicados pelo uso das consultas remotas, como populações de baixa renda ou residentes em zonas rurais (COSTA *et al.*, 2021).

Ainda assim, o que foi percebido nos serviços de saúde trata-se redução de uma significativa redução nos atendimentos relacionados aos cuidados pré-natais. As unidades básicas reduziram o horário de funcionamento, foram reduzidos o número de visitantes permitidos e as visitas pessoais durante a gestação. Em algumas localidades, as mulheres receberam orientação de mensurarem seus sinais vitais em sua residência (SOUZA *et al.*, 2021).

Souza *et al* (2021) relata em seu estudo uma certa preocupação com relação aos impactos do isolamento social na qualidade da assistência ao pré-natal, sendo evidenciado um acesso inadequado das mulheres à infraestrutura de comunicação, já que as ferramentas digitais para realização de consultas era muito menos acessíveis nas áreas rurais.

Outras estratégias foram utilizadas no decorrer da pandemia para viabilizar a realização das consultas de Pré-Natal, tais como o modelo híbrido de cuidados que atrelado a uma associação de elementos, como construção de serviços de saúde comunitários, videochamadas e visitas domiciliares, que também foram essenciais para a manutenção do isolamento social o tempo de contato. O modelo híbrido teve como principal vantagem a comodidade da gestante em estar em qualquer local com acesso a internet, podendo receber o atendimento de pré-natal por profissionais de saúde capacitados com recursos inteligentes e tecnologia de ponta (LIU *et al.*, 2020).

Outras mais medidas adotadas na pandemia de COVID-19 para a realização do acompanhamento de pré-natal na atenção básica envolveram, entre outras coisas, a confirmação da consulta via telefone, a realização de exames seguindo os protocolos propostos para proporcionar maior segurança às gestantes, evitar ao máximo o uso de serviços de saúde de médio/grande porte (policlínicas e hospitais) a menos que se faça extremamente necessário, manter a caderneta de vacinação em dias, manter o distanciamento/isolamento social, realizar atividades físicas mesmo dentro de casa e manter os cuidados com a higiene segundo os protocolos de proteção contra a Covid-19 (TROSTLE *et al.*, 2020).

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se no presente estudo que a pandemia de Covid-19 afetou diversos setores de serviços incluindo a saúde pública em todo o mundo, interrompendo assim o acesso de diversas pessoas aos serviços de atenção à saúde do nível primário e secundário. A assistência ao pré-natal é uma atividade essencial de saúde desenvolvida especialmente na atenção primária, onde os profissionais de saúde atuantes nas unidades básicas realizam acompanhamento integral da gestante em seu pré-natal.

No contexto da pandemia, a assistência de pré-natal chegou a ser interrompida nas unidades básicas de saúde do Brasil, necessitando haver a implementação de estratégias para o acompanhamento da gestante incluindo consultas remotas e visitas domiciliares com mínimo de contato possível de modo a avaliar a saúde desta e acompanhá-la nessa etapa tão importante de suas vidas.

A partir do estudado, fomenta-se a realização de novos estudos acerca desta temática uma melhor compreensão acerca do tema e um melhor esclarecimento de dúvidas de como ocorre o acompanhamento do pré-natal durante o período da pandemia com ênfase na atenção básica.

Agradecimentos

Agradecemos à Deus por nos dar a vida, a força e a motivação para lutar e nunca desistir. Aos nossos amigos por estarem ao nosso lado em todos os momentos. Aos nossos familiares por acreditar em nossa capacidade de realizar este estudo. A todos aqueles que contribuíram de alguma forma no nosso avanço acadêmico e profissional.

■ REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, R.A.A.S. et al. Conhecimento de adolescentes relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. **Revista Brasileira de Enfermagem**; v. 70, n. 5, p. 1033-1039. 2017.
2. BARBOSA, L.U. et al. O Silêncio da Família e da Escola Frente ao Desafio da Sexualidade na Adolescência. **Ensino, Saúde e Ambiente**; v. 12, n. 2, p. 31-49. 2019.
3. BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 07 out de 2020.
4. BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**; v. 22, n. 4, p. 1141-1154. 2017.
5. COSTA, T.P. et al. Os desafios da enfermagem obstétrica no início da pandemia da COVID-19 no Estado do Pará. **Research, Society & Development**; v. 10, n. 3, e.9510313042. 2021.
6. CUNHA, A. C. et al. Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**; v. 19, n. 2, p. 459-470. 2019.
7. FURLANETTO, M.F. et al. Educação sexual em escolas brasileiras: revisão sistemática da literatura. **Cadernos de Pesquisa**; v. 48, n. 168, p.550-571. 2018.
8. GENZ, N. et al. Doenças sexualmente transmissíveis: conhecimento e comportamento sexual de adolescentes. **Texto Contexto Enfermagem**; v. 26, n. 2, e5100015. 2017.
9. GULERSEN, M. et al. Clinical implications of SARS-CoV-2 infection in the viable pre-term period. **American Journal of Perinatology**; v. 37, n. 11, p. 1077–1083. 2020.
10. GUTIÉRREZ, C.H. **Estratégias em educação sexual nos adolescentes**. Dissertação de Mestrado, 110 páginas. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2016.
11. KAMI, A.; VIDIGAL, C.; MACEDO, C.S.G. Influência das fases do ciclo menstrual no desempenho funcional de mulheres jovens e saudáveis. **Revista de Fisioterapia e Pesquisa**; v. 24, n. 4. 2017.
12. LINS, C.S.M.P. **Educação sexual com adolescentes: em cena a produção de conhecimento**. Monografia de Conclusão de Curso, 44 páginas. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.
13. LIU, X. et al. Prenatal anxiety and obstetric decisions among pregnant women in Wuhan and Chongqing during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. **BJOG**; v. 127, n. 10, p. 1229–1240. 2020.
14. MASCARENHAS, V.H.A. et al. COVID-19 and the production of knowledge regarding recommendations during pregnancy: a scoping review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**; v. 28, e3348. 2020.

15. OLIVEIRA, W.K. et al. Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiologia em Serviços de Saúde**; v. 29, n. 2, e2020044. 2020.
16. RODRIGUES, A.R.S.; BARROS, W.M.; SOARES, P.D.F.L. Reincidência da gravidez na adolescência: percepções das adolescentes. **Enfermagem Foco**; v. 7, n. 3/4, p. 66-70. 2016.
17. SOUZA, S.S. et al. Influência da cobertura da atenção básica no enfrentamento da COVID-19. **Journal of Health NPEPS**; v. 6, n. 1, p. 01–21. 2021.
18. TROSTLE, M.E. et al. COVID-19 in pregnancy: creating an outpatient surveillance model in a public hospital system. **Journal of Perinatology & Medicine**; v. 48, n. 9, p. 959–964. 2020.
19. VIEIRA, P.M.; MATSUKURA, T.S.; VIEIRA, C.M. Políticas públicas e educação sexual: percepções de profissionais da saúde e da educação. **Revista Internacional Interdisciplinar Interthesis**; v. 14, n. 3, p. 69-87. 2017.
20. VIEIRA, S.B.F. **Sexualidade e adolescência: concepções acerca da educação sexual**. Dissertação de Mestrado, 128 páginas. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2016.

Monitoramento da glicemia capilar durante a gravidez: uma estratégia para prevenir as complicações da Diabetes Melittus gestacional

| **Gabriel Merrighi de Figueiredo Amaral**

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

| **Isabella Vasconcelos Fernandes**

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

| **Isabella Monteiro Barbosa de Souza**

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

| **Maria Clara Mendes Soares Araújo**

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais

RESUMO

Objetivo: Evidenciar e revisar a importância da monitorização da glicemia em gestantes e os impactos que a hiperglicemia pode trazer à mãe e ao bebê, durante e após a gravidez. **Métodos:** Revisão da literatura com buscas nas bases de dados “PubMed”, “SciELO”, “Biblioteca Virtual em Saúde” e “LILACs”, com os descritores “Gestational diabetes mellitus”, “Glycemia” e “Impacts” utilizando artigos publicados entre 2018 e 2022. Foram selecionados 6 artigos, nos idiomas português, inglês e espanhol, dentre os 34 analisados. **Resultados:** Segundo análises, o peso materno, o IMC materno e o peso placentário foram maiores nas mães com Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). Além disso, após o nascimento do bebê, foram observadas complicações como hiperbilirrubinemia e infecção neonatal em filhos de mães diabéticas. Por fim, foi constatado que níveis anormais de T3 e T4, somados ao alto peso materno pré gravidez, podem ser fatores de risco para a mãe desenvolver DMG e, do mesmo modo, podem causar complicações para o bebê, como o atraso no aleitamento materno. **Conclusão:** O desenvolvimento da DMG se mostrou um risco tanto para a mãe quanto para o feto desenvolverem distúrbios durante e após a gestação. Diversas evidências mostram as consequências da hiperglicemia nesse cenário, como a hipertensão materna e a ameaça de parto prematuro. Diante disso, conclui-se que o metabolismo anormal provocado pela DMG tem impactos para a mãe e para o filho e, portanto, uma mudança no estilo de vida e o monitoramento da glicemia materna são de extrema importância para evitar esse quadro clínico.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus Gestacional, Prevenção, Pré-Natal.

■ INTRODUÇÃO

Com a descoberta de uma gestação, a realização do pré-natal é um dos primeiros e mais importantes passos para a garantia de uma gravidez saudável. Dentre os cuidados realizados durante esse processo, o controle da glicemia da mãe é de extrema relevância, visto que, alterações no valor normal de glicemia (90mg/dL em jejum) (CARPENTER MW, 2005), seja por hiperglicemia ou por hipoglicemia, podem causar vários prejuízos à gestante e ao bebê, como por exemplo a diabetes gestacional.

Com uma média de 17% de casos em mulheres de todo o mundo (SACKS DA, *et al.*, 2012) e uma prevalência de 14,3 (12,9-15,8) milhões de casos no Brasil (entre mulheres de 20 a 79 anos) (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2020), a Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) é uma condição descoberta durante a gravidez, na maioria das vezes no segundo ou no terceiro trimestre de gestação (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2021). Essa patologia é caracterizada por uma tolerância anormal do corpo da mãe à glicose e está relacionada à resistência à insulina, ou seja, a dificuldade do corpo em manter níveis adequados de glicemia, que é desenvolvida em decorrência da liberação de hormônios placentários como a prolactina e a progesterona (DURNWALD, CELESTE, *et al.*, 2020).

Diversos fatores de risco estão associados ao desenvolvimento da diabetes gestacional. Dentre os mais comuns estão a obesidade, a idade avançada da mãe (acima de 35 anos), história pregressa de DMG e história familiar de Diabetes Mellitus (DM) (DURNWALD, CELESTE, *et al.*, 2020). Com o progresso da doença, várias consequências a curto e a longo prazo podem surgir para a mãe e para o bebê, entretanto, o tratamento adequado, juntamente com o controle da glicemia durante o pré-natal podem evitar tais prejuízos.

O diagnóstico de DMG tem sido associado a riscos aumentados de distúrbios hipertensivos durante a gravidez, incluindo hipertensão gestacional, pré eclâmpsia (hipertensão arterial somada a perda de proteína na urina), e eclâmpsia - doença em que ocorre liberação das proteínas fetais na circulação materna, que causa uma consequente resposta imunológica seguida de vasoconstrição e convulsões. Além disso, devido à hiperglicemia, o risco de parto prematuro também é aumentado, colocando em risco a vida do bebê (CATALANO, PATRICK M. *et al*, 2012).

Dentre as complicações que a DMG pode trazer ao feto, o excessivo crescimento do bebê é uma das mais preocupantes, já que pode causar trauma de nascimento, distocia do ombro - retrocesso da cabeça fetal em direção ao períneo materno durante o período expulsivo do parto - (FELICIANO, ANABELA, *et al.*, 2021) e hiperglicemia neonatal. Além disso, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia e eritema também são sintomas frequentes nos recém-nascidos de mães com hiperglicemia (CATALANO, PATRICK M. *et al*, 2012).

Depois do parto, a mãe continua sofrendo com as consequências da hiperglicemia. Estima-se que 30% delas têm tolerância à glicose diminuída no período pós-parto (CATALANO PM, *et al.* 1991), o que pode resultar em um desenvolvimento de diabetes tipo 1 e diabetes tipo 2. No caso de diabetes tipo 1, o descontrole glicêmico está mais relacionado às pacientes que têm uma predisposição para isso, ou seja, as que necessitaram de tratamento com insulina durante a DMG ou que apresentaram cetoacidose diabética durante a gravidez ou hiperglicemia pós parto (JARVELA IY, *et al.*, 2006). Além disso, o risco de se desenvolver síndromes metabólicas e doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (AVC) também é maior diante do quadro de hiperglicemia gestacional.

Para a prole, a obesidade, a hipertensão arterial, as síndromes metabólicas e a hiperglicemia podem ser desenvolvidas com mais facilidade (LOWE WL Jr, *et al.*, 2016). Contudo, anomalias congênitas não ocorrem com frequência nessa população, já que a DMG se desenvolve mais comumente no segundo trimestre da gestação, momento em que o processo de embriogênese já está completo (ALFADHLI, 2015). Vale ressaltar, ainda, a importância da manutenção de hábitos saudáveis durante a gestação, como a dieta e o exercício físico. O manejo da DMG por meio da dieta visa mediar os efeitos da hiperglicemia, a partir de uma distribuição harmônica dos macronutrientes, podendo variar de acordo com as considerações específicas. O estado nutricional adequado - consequente da associação entre uma dieta equilibrada e um ganho de peso dentro das faixas de normalidade - pode contribuir para a redução da morbimortalidade materno-infantil (DE CARVALHO PADILHA, PATRICIA *et al.*, 2010).

Juntamente com intervenções dietéticas, a prática de atividade física tem um potencial para auxiliar no controle de glicose no sangue. Devido à incerteza dos riscos e benefícios durante da gravidez, mulheres tendem a evitar o exercício físico, porém sob supervisão adequada, torna-se seguro e benéfico no tratamento de DMG (PADAYACHEE, 2015). Dessa forma, é imprescindível a incorporação desse tipo de atividade ao cuidado contínuo de gestantes com DMG.

A Diabetes Gestacional, portanto, é uma patologia descoberta no período pré-natal, relacionada a diversas complicações maternas - como hipertensão gestacional - e fetais (desequilíbrios iônicos, por exemplo). Logo, entender mais sobre esse cenário clínico é fundamental para profissionais da área da saúde para proporcionar um acompanhamento adequado da glicemia capilar durante a gestação e para, dessa forma, reduzir os riscos perinatais relacionados ao DMG.

■ MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura acerca do monitoramento da glicemia capilar durante a gravidez.

O levantamento bibliográfico foi feito durante o segundo semestre de 2022 nas bases de dados ‘PubMed’, ‘SciELO’, ‘Biblioteca Virtual em Saúde’ e ‘LILACs’, utilizando-se os descritores ‘Gestational diabetes mellitus’, ‘Glycemia’ e ‘Impacts’. Além disso, foram considerados documentos institucionais do governo federal.

Foram selecionados 6 artigos, nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados entre os anos 2018 e 2022, dentre os 34 analisados. Dentre os critérios de inclusão dos artigos para a realização da revisão estão: ser um estudo original; observacional; coorte prospectivo; caso-controle; experimental; ensaio controlado aleatorizado; ensaio controlado; e ser diretriz de sociedade médica reconhecida. Já os critérios de exclusão são: inconsistência metodológica entre objetivos e desfechos; representatividade limitada da amostra; e delineamento de estudo revisional.

■ RESULTADOS/DISCUSSÃO

Em um estudo com 41 mulheres grávidas, 21 diagnosticadas com DMG e 20 pacientes com gravidez sem essa patologia, Lu, S e colaboradores (2022) constataram que o peso corporal e o IMC materno foram maiores nas pacientes com Diabetes Mellitus Gestacional, o que pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de complicações durante e após o parto, tanto para a mãe, quanto para o recém-nascido (LU, S. *et al.*, 2022).

Em um outro estudo, em que Li, YX e colaboradores (2022) analisaram os três trimestres das gestações de 50 mulheres, foi evidenciado, a partir de exames de sangue no segundo trimestre, grandes diferenças no índice de glicemia em jejum e no peso placentário entre o grupo de mulheres com DMG e gravidez normal. No primeiro, o peso da placenta e o índice de glicemia em jejum foram maiores do que no segundo. Ademais, após análises mais aprofundadas, foram detectadas maiores taxas de hiperbilirrubinemia e infecção neonatal em pacientes com DMG, o que pode ser significativamente prejudicial para a paciente e o feto. (LI, YX, *et al.*, 2022).

Segundo outra análise de caso controle para identificar fatores de risco independentes para ocorrência de DMG, realizada com 928 grávidas (232 com DMG e 696 do grupo controle sem a doença), a média de peso corporal pré-gravidez das pacientes com Diabetes Mellitus Gestacional foi significativamente maior do que o grupo controle, sendo 22,27 Kg/m² e 20,55 Kg/m², respectivamente. Além disso, as mulheres com DMG apresentaram menor índice de T4, maior de T3, menor índice de colesterol total e maior taxa de triglicédeos, o que indica

que, valores anormais desses dados citados podem, potencialmente, favorecer a ocorrência de DMG. (WANG, Y. *et al.*, 2022) Dentro disso, em uma outra amostra da literatura, por meio de um estudo de coorte e acompanhamento prospectivo das mães e recém nascidos, de 219 grávidas, apenas 8 não conseguiram iniciar a amamentação 24 horas após o parto. Dessas 8, 7 tinham obesidade (um fator de risco para DMG) e 5 tinham DMG, além de 4 possuírem as duas condições simultaneamente. Essas 4 tiveram um atraso considerável para iniciar a amamentação de seu filho, o que pode ser um grande risco para a nutrição adequada do recém-nascido (PINHEIRO, TV. *et al.*, 2016).

Em um outro estudo, Andersen, MB. *et al.* analisou 14 mulheres grávidas com Diabetes Mellitus Gestacional e observou que uma caminhada de 20 minutos pós-prandial reduziu a taxa de glicemia nas mulheres com a doença, em comparação ao período em que o exercício físico não foi realizado. Isso indica que uma atividade física leve após a alimentação pode ser uma maneira eficaz de controlar a glicose em mulheres com DMG. (ANDERSEN, MB. *et al.*, 2021) Em conformidade com o estudo de Andersen, por fim, um ensaio controlado randomizado foi realizado com 252 mulheres com sobrepeso/obesidade, histórico de Diabetes Mellitus Gestacional em gravidez anterior e com desejo de nova gravidez. Por meio dessa análise, foi constatado que a mudança no estilo de vida no período anterior à gestação, como por exemplo, a prática de atividade física, pode ser um fator determinante para diminuir o risco da ocorrência de DMG e, portanto, aumentar a qualidade de vida e saúde da paciente grávida e, conseqüentemente, do recém-nascido (PHELAN, S. *et al.*, 2022).

■ CONCLUSÃO

O desenvolvimento de Diabetes Mellitus Gestacional se mostrou um risco tanto para a mãe quanto para o feto desenvolverem complicações pós parto. A título de exemplo, tem-se o peso placentário significativamente maior em mulheres com DMG e as conseqüentes infecções neonatais que podem ser prejudiciais para o recém-nascido. Além disso, mulheres com DMG tiveram um atraso considerável para iniciar a amamentação, o que pode oferecer riscos para a mãe, mas, principalmente, para a nutrição adequada do recém-nascido. Assim, o ambiente metabólico anormal provocado pela hiperglicemia tem impacto significativo na gravidez e no feto. Portanto, observou-se que a mudança no estilo de vida e o controle da glicemia materna, antes e durante gravidez, pode ser determinante para diminuir o risco de DMG e, com isso, aumentar a qualidade de vida e saúde da gestante e, posteriormente, do recém-nascido.

■ REFERÊNCIAS

1. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2021. **Diabetes Care**, v. 44, (supl. 1) 15-33, 2021.
2. ANDERSEN, Mette B. et al. Postprandial interval walking—effect on blood glucose in pregnant women with gestational diabetes. **American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM**, v. 3, n. 6, p. 100440, 2021.
3. ALFADHLI, Eman M. Gestational diabetes mellitus. **Saudi medical journal**, v. 36, n. 4, p. 399, 2015.
4. CARPENTER, MW. Testing for gestational diabetes. **New York: Churchill Livingstone, Philadelphia**, v. 2, p. 261-276, 2005.
5. CATALANO, Patrick M. et al. Incidence and risk factors associated with abnormal postpartum glucose tolerance in women with gestational diabetes. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 165, n. 4, p. 914-919, 1991.
6. CATALANO, Patrick M. et al. The hyperglycemia and adverse pregnancy outcome study: associations of GDM and obesity with pregnancy outcomes. **Diabetes care**, v. 35, n. 4, p. 780-786, 2012.
7. DE CARVALHO PADILHA, Patricia et al. Nutritional therapy in gestational diabetes. **Rev Nutr**, v. 23, n. 1, p. 95-105, 2010.
8. DURNWALD, Celeste; WERNER, Erika F. Gestational diabetes mellitus: Screening, diagnosis, and prevention. **U: Nathan DM, Werner EF, Barss VA. UpToDate [internet]**, 2020.
9. EBSERH. Ministério da. Educação. **Diabetes Mellitus na Gestação**, Rio de Janeiro, 2020.
10. FELICIANO, Anabela et al. 7-Distócia de ombros: manobras a implementar. **Promoção de Saúde da Mulher: Desafios e Tendências**, 2021.
11. JARVELA, ILKKA Y. et al. Gestational diabetes identifies women at risk for permanent type 1 and type 2 diabetes in fertile age: predictive role of autoantibodies. **Diabetes care**, v. 29, n. 3, p. 607-612, 2006.
12. LOWE JR, William L. et al. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcome follow-up study (HAPO FUS): maternal gestational diabetes mellitus and childhood glucose metabolism. **Diabetes care**, v. 42, n. 3, p. 372-380, 2019.
13. LI, Yi-xiao et al. Gestational diabetes mellitus in women increased the risk of neonatal infection via inflammation and autophagy in the placenta. **Medicine**, v. 99, n. 40, 2020.
14. LU, Sha et al. DNA methylation and expression profiles of placenta and umbilical cord blood reveal the characteristics of gestational diabetes mellitus patients and offspring. **Clinical Epigenetics**, v. 14, n. 1, p. 1-16, 2022.
15. PADAYACHEE, Cliantha; COOMBES, Jeff S. Exercise guidelines for gestational diabetes mellitus. **World journal of diabetes**, v. 6, n. 8, p. 1033, 2015.

16. PHELAN, Suzanne et al. Protocol for a randomized controlled trial of pre-pregnancy lifestyle intervention to reduce recurrence of gestational diabetes: Gestational Diabetes Prevention/Prevención de la Diabetes Gestacional. **Trials**, v. 22, n. 1, p. 1-20, 2021.
17. PINHEIRO, Tanara Vogel; GOLDANI, Marcelo Zubaran; IVAPSA GROUP. Maternal pre-pregnancy overweight/obesity and gestational diabetes interaction on delayed breastfeeding initiation. **PLoS One**, v. 13, n. 6, p. e0194879, 2018.
18. SACKS, David A. et al. Frequency of gestational diabetes mellitus at collaborating centers based on IADPSG consensus panel–recommended criteria: the Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study. **Diabetes care**, v. 35, n. 3, p. 526-528, 2012.
19. WANG, Ying et al. The interactive effects of pre-pregnancy body mass index, thyroid function, and blood lipid levels on the risk of gestational diabetes mellitus: a crossover analysis. 2022.

A produção de conhecimento sobre o abortamento: uma revisão integrativa de literatura

| **Emily Karolayne Aleixo da Silva**

Universidade Federal do Pará - UFPA

| **Diego Pereira Rodrigues**

Universidade Federal do Pará - UFPA

| **Valdecyr Herdy Alves**

Universidade Federal Fluminense - UFF

| **Silvio Éder Dias da Silva**

Universidade Federal do Pará - UFPA

| **Andressa Tavares Parente**

Universidade Federal do Pará - UFPA

| **Elisângela da Silva Ferreira**

Universidade Federal do Pará - UFPA

| **Ana Zélia Silva Fernandes de Sousa**

Universidade Federal do Pará - UFPA

| **Clemilda Alves da Silva**

Universidade Federal do Pará - UFPA

| **Letícia Diogo de Oliveira Moura**

Universidade Federal do Pará - UFPA

| **Tatiana do Socorro dos Santos Calandrini**

Universidade Federal do Amapá - UNIFAP

RESUMO

Objetivo: Identificar e analisar a produção do conhecimento sobre o abortamento, suas repercussões na saúde da mulher e obstáculos para a garantia dos seus direitos, como a descriminalização e a prática do abortamento seguro e legal. **Método:** Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura nas bases de dados *Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences*, Bases de dados de Enfermagem e na biblioteca *Scientific Electronic Library Online*, obtendo 17 artigos foram elegíveis para compor a revisão. **Resultados:** Emergiram 4 categorias temáticas, respectivamente: 1) O abortamento e as barreiras de acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva; demonstrando que estas lacunas ocasionam o aumento das taxas de abortamento inseguros e seus revezes; 2) O abortamento e as vulnerabilidades das mulheres; que mulheres negras e de classes econômicas desfavorecidas são as mais negligenciadas e apresentam maiores riscos para realizarem abortamentos inseguros; 3) A necessidade de reformulação das políticas de saúde sexual e reprodutiva; fomentando a mudança na legislação dos países que restringem o abortamento e reprimem o direito reprodutivo e sexual das mulheres; 4) As implicações da pandemia Covid-19 na atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres; evidenciando as implicações da pandemia na a atenção à saúde sexual e reprodutiva feminina, como o aumento pela procura dos serviços voltados para o abortamento e as repercussões psicológicas agravadas com a pandemia da Covid-19. **Conclusão:** Há necessidade de ampliação de medidas para garantir os direitos sexuais e reprodutivos com o acesso ao abortamento seguro.

Palavras-chave: Abortamento, Feminismo, Políticas de Saúde, Saúde Materna.

■ INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), define-se abortamento como a interrupção voluntária ou não da gestação, entre a 20^a e 22^a semanas gestacionais ou quando o feto apresenta peso inferior a 500g, para casos em que a idade gestacional é desconhecida, classificado como espontâneo ou induzido, legal ou ilegal e seguro ou inseguro (SILVA *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, um estudo realizado por Rodrigues (2021) pautado nos dados da OMS, entre os anos de 2010 e 2014, foram realizados aproximadamente 35 abortamentos para cada 1.000 mulheres, onde as mulheres detinham uma faixa etária de 15 a 44 anos. A OMS afirma que durante esse período cerca de 25,1 milhões de mulheres realizaram abortamentos inseguros, isto é, a realização de procedimentos para a interrupção da gestação executados por indivíduos sem conhecimento científico e técnicas adequadas e/ou em ambientes sem padronização segura para a realização de tais, reverberando, sobretudo, nos âmbitos sociodemográfico, político e econômico (CARDOSO; VIEIRA; SARACENI, 2020).

Países que aprovaram a legalização do aborto avançam na contramão dos altos índices de mortalidade materna, como ocorre como no Uruguai e Portugal. No Uruguai, 5 anos após a legalização do abortamento, o país contabilizou 51 mortes maternas e apenas 4 foram por consequência de abortamentos em situações de risco, diferente dos 5 anos anteriores à legalização, em que foram contabilizados 67 óbitos maternos e 25 dessas foram consequência de abortamentos inseguros e clandestinos. Já em Portugal, o aborto foi legalizado em 2008, porém entre os anos de 2001 e 2007, o país registrou 14 óbitos maternos relacionados às complicações pós-aborto, entretanto, entre os anos de 2011 e 2014, não houve registros de mortalidade materna associada ao abortamento legal e ilegal (BOUERI, 2018).

Apesar da legislação que ampara a ilegalidade do abortamento no Brasil, há algumas condições que o preveem. Dentre essas, o Código Penal Brasileiro, no artigo 128 dispõe que não se pune a realização de abortamentos em casos de gravidezes que coloquem em risco a vida da mulher, aquelas resultantes de estupro e em casos de anencefalia fetal (FONSECA *et al.*, 2020).

Diante do exposto, há uma urgente necessidade de modificar a realidade vigente. Primeiramente, os debates a respeito da legalização do aborto devem ser redirecionados para “legalização do abortamento seguro”, uma vez que a criminalização é apenas uma barreira para tal prática e impõe riscos evitáveis para a vida das mulheres, como mostra um levantamento feito em 2014 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no qual cerca de que 7,4 milhões de brasileiras já fizeram pelo menos um aborto (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

Por conseguinte, a legalização do abortamento seguro permite as mulheres tomem decisão de abortar ou não, em conformidade com as suas próprias convicções, amparadas

pelo Estado nas suas tomadas de decisão. Desse modo, o estudo objetiva identificar e analisar a produção do conhecimento sobre o abortamento, suas repercussões na saúde da mulher e obstáculos para a garantia dos seus direitos, como a descriminalização e a prática do abortamento seguro e legal.

■ MÉTODOS

Trata-se de um estudo fundamentado no método de Revisão Integrativa da Literatura (RIL), isto é, pautado na busca por estudos científicos disponíveis na literatura, a partir de um tema de investigação, e no aprofundamento desta por meio da comparação e análise dos resultados significativos, assim sintetizando o conhecimento e permitindo a sua aplicabilidade. Neste sentido, a RIL é desenvolvida a partir das seguintes etapas: 1) estabelecimento da pergunta norteadora da pesquisa; 2) busca e amostragem na literatura; 3) seleção da amostra; 4) análise crítica dos resultados; 5) discussão e apresentação dos resultados; 6) apresentação da RIL (MEDEIROS *et al.*, 2020).

A primeira etapa deste estudo objetivou construir a pergunta norteadora embasando-se na estratégia mnemônica População, Conceito e Contexto (PCC) (SANCHES; RABIN; TEIXEIRA, 2018). Sendo assim, a População foi definida pelas mulheres submetidas ao abortamento no mundo; o Conceito baseou-se em estudos sobre o conhecimento a respeito do abortamento e as suas repercussões; por fim, o Contexto foi definido pelo sistema de saúde. Logo, a pergunta norteadora do presente estudo é “Qual a produção do conhecimento sobre o abortamento, suas repercussões na saúde materna e os obstáculos para a garantia dos direitos femininos?”

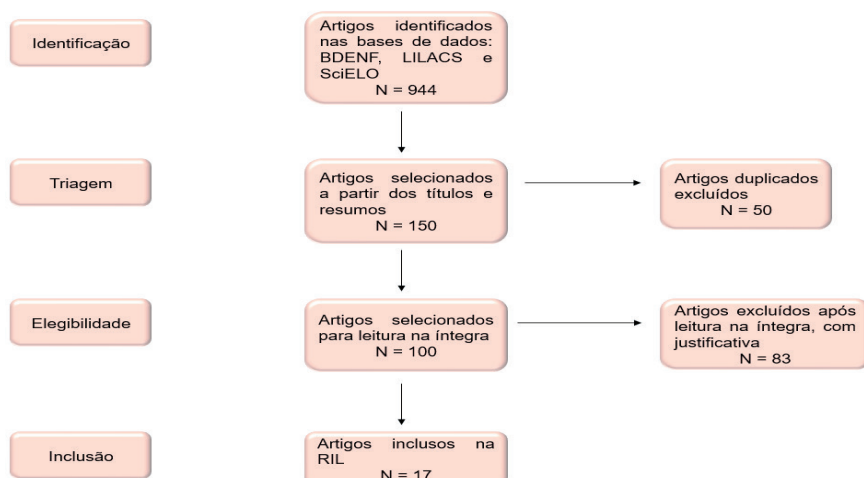
Por conseguinte, a segunda etapa foi realizada no mês de outubro de 2021 nas bases de dados *Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences* (LILACS), Bases de dados de Enfermagem (BDENF) e na biblioteca *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), com a utilização dos seguintes descritores, indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeSC/MeSH): Abortamento; Feminismo; Políticas de saúde; Saúde materna e a utilização do operador booleanos *AND*. Como estratégia de busca, houve a delimitação do recorte temporal entre os últimos 5 anos (2017 a 2021).

Neste sentido, os critérios de inclusão foram: artigos científicos que abordam a temática deste estudo, publicados entre os anos de 2017 e 2021, no idioma inglês ou português.

Nessa pesquisa, foram localizadas 944 produções de acordo com as estratégias de pesquisa. Em seguida, foi realizada a leitura dos títulos e resumos dessas, sendo selecionados 150 e excluídos 50 estudos por estarem duplicados. Sendo assim, 100 artigos foram selecionados para leitura na íntegra, porém com a aplicação dos critérios de elegibilidade,

foram excluídos 83 estudos, totalizando assim 17 artigos elegíveis para a RIL do presente estudo, como mostra a Imagem I.

Imagem I - Prisma do fluxo do processo da revisão de literatura, Brasil, 2021.



Fonte: Silva et al. (2022).

As produções que se apresentaram repetidas foram consideradas apenas uma vez. Para a extração dos dados dos estudos selecionados, a **Imagem I**, utilizou-se um formulário de coleta de dados, contendo informações sobre a identificação do estudo e de conteúdo, descrito na **Tabela I**. A síntese final desenvolveu-se na forma descritiva, no que se refere aos resultados e às conclusões obtidas de cada um dos estudos.

Na análise crítica dos estudos selecionados, fez-se a extração dos dados dos artigos observando os aspectos metodológicos e a familiaridade entre os resultados encontrados, possibilitando iniciar o processo de análise na revisão integrativa. Em relação ao tratamento dos dados, foi aplicado o método de análise de conteúdo (BARDIN, 2011), que propiciou o agrupamento do conteúdo estudado em categorias.

■ RESULTADOS

O presente estudo obteve 17 artigos elegíveis para a realização dos resultados, por meio da busca nas bases de dados, que foram analisados com o propósito de responder ao objetivo e questão norteadora do estudo. Dessa forma, a **Tabela I** apresenta síntese de informações contidas nos artigos selecionados para a RIL.

Tabela I. Caracterização dos artigos selecionados, Brasil, 2021.

ID	TÍTULO	OBJETIVO	MÉTODO	PRINCIPAIS RESULTADOS
A1	Capacidade dos sistemas de saúde para fornecer atenção pós-aborto: uma análise multinacional usando funções de sinal	Fornecer uma avaliação multinacional da situação dos serviços de atenção pós-aborto a partir da perspectiva dos sistemas de saúde.	Estudo qualitativo baseado em análise multinacional de dados de pesquisas representativas feitas entre 2007 e 2017 em dez países em três regiões em unidades de atenção pós-aborto básica e abrangente.	Existem lacunas críticas na prestação de atenção pós-aborto em todas as unidades que oferecem serviços de parto.
A2	Tendência de abortos espontâneos e induzidos na região semiárida do Nordeste do Brasil: uma série transversal	Estimar as taxas, fatores associados e tendência das taxas de aborto no Nordeste do Brasil.	Estudo quantitativo pautado em série de estudos transversais realizada no Ceará, um dos estados mais pobres do país. Uma amostra de cerca de 27.000 mulheres em idade reprodutiva foi utilizada.	Para aborto induzido, os determinantes foram não ter um parceiro fixo, ter utilizado camisinha na última relação sexual, ter tido o primeiro filho com menos de 25 anos e ter tido a primeira relação com menos de 13 anos.
A3	Diferenças na prestação de serviços de aborto em estados hostis, intermediários e de apoio em 2014	Examinar as diferenças na prestação de serviços de aborto de acordo com o clima político em que as clínicas devem operar.	Estudo qualitativo baseado no Censo de Provedores de Aborto de 2014, que contém informações sobre todas as instalações conhecidas de fornecimento de aborto nos Estados Unidos.	Sessenta e cinco por cento das clínicas em estados de apoio relataram que os clínicos de prática avançada forneciam atenção ao aborto, em comparação com 3% em estados hostis.
A4	Experiência de gravidez e aborto entre crianças, adolescentes e jovens em situação de rua	Identificar a prevalência de experiência de gravidez e aborto e fatores associados entre crianças, adolescentes e jovens de rua de Porto Alegre e Rio Grande, RS, Brasil.	Estudo qualitativo. O método de amostragem neste estudo transversal foi o Respondent-Driven Sampling (RDS), inovador na pesquisa sobre populações ocultas. As entrevistas foram realizadas com 307 sujeitos, com idades entre 10 e 21 anos.	A alta prevalência de experiências de gravidez e aborto evidencia a necessidade de desenvolvimento de melhores políticas de saúde sexual e reprodutiva voltadas para essa população.
A5	Características de mulheres que obtêm abortos induzidos em países selecionados de baixa e média renda	Examinar as características das mulheres que obtêm abortos induzidos em países de baixa e média renda.	Estudo qualitativo que examina a variação na distribuição percentual de abortos e taxas de aborto por idade no aborto, estado civil, paridade, riqueza, educação e residência.	Identificou-se subgrupos de mulheres com níveis desproporcionais de aborto e podem informar políticas e programas para reduzir a incidência de gravidez indesejada.
A6	Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil	Refletir sobre o descaso do Estado brasileiro em relação à saúde das mulheres, sobretudo as usuárias do Sistema Único de Saúde, descumprindo princípios assegurados constitucionalmente.	Estudo qualitativo que alia o registro sociopolítico deste período histórico com perspectivas teóricas que elucidam o presente na resistência coletiva ao desmonte das políticas de saúde.	A pandemia de Covid-19 chegou ao Brasil em um momento particularmente difícil às mulheres, em razão do conservadorismo moral e religioso que vigora no governo atual, alinhado à ofensiva antigênero mais ampla, que atinge vários outros países além da América Latina e tem na luta antiaborto um de seus principais pilares.
A7	Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto	Analisar os fatores relacionados às barreiras individuais na busca do primeiro atendimento pós-aborto segundo raça/cor.	Estudo quantitativo. A pesquisa foi realizada em Salvador (Bahia), Recife (Pernambuco) e São Luís (Maranhão), Brasil, com 2.640 usuárias internadas em hospitais públicos, por regressão logística para análise das diferenças segundo raça/cor (branca, parda e preta).	Na regressão, confirmou-se a associação entre raça/cor preta e parda e barreiras individuais na busca de cuidados pós-aborto, mesmo após o ajuste por todas as variáveis selecionadas. Os resultados confirmam a situação de vulnerabilidade das pretas e pardas.
A8	Aborto inseguro e morte relacionada ao aborto entre 1,8 milhões de mulheres na Índia	Analisar as taxas e os fatores de risco para o aborto inseguro e morte materna relacionada ao aborto na Índia.	Estudo quantitativo com análise secundária de dados de 1.876.462 mulheres grávidas com idades entre 15-58 anos de nove estados na Pesquisa Anual de Saúde da Índia (2010-2013). A partir disto, calculou-se a taxa de aborto inseguro e mortalidade relacionada ao aborto.	A vulnerabilidade socioeconômica e o acesso inadequado aos serviços de saúde se combinam para deixar muitas mulheres em risco de aborto inseguro e morte relacionada ao aborto, visto que a alta prevalência estimada de aborto inseguro demonstra grave problema de saúde pública.

ID	TÍTULO	OBJETIVO	MÉTODO	PRINCIPAIS RESULTADOS
A9	Adaptando a escala de atenção da Qualidade Interpessoal no Planejamento Familiar para avaliar as perspectivas do paciente sobre a atenção ao abortamento	Adaptar a escala de atendimento Interpersonal Quality in Family Planning para uso na atenção ao abortamento.	Estudo qualitativo onde os autores adaptaram os itens da escala original para o contexto do aborto e conduziram entrevistas cognitivas para explorar a aceitabilidade, a compreensibilidade e a importância dos itens adaptados.	A escala de Qualidade Interpessoal na Atenção ao Aborto foi considerada altamente importante, compreensível e viável de ser concluída para elucidar o contexto em que o aborto é criminalizado e as implicações para as mulheres.
A10	A reforma das leis de aborto pode reduzir a mortalidade materna: um estudo ecológico em 162 países	Avaliar se a mortalidade materna varia dentro e entre os países ao longo do tempo de acordo com a flexibilidade das leis de aborto.	Estudo quantitativo e ecológico que avalia a associação entre as leis de aborto e mortalidade materna em 162 países entre 1985 e 2013.	Uma pontuação de flexibilidade das leis de aborto (pontuação 0-7) foi calculada somando o número de razões pelas quais o aborto era legalmente permitido em cada país. O desfecho foi a taxa de mortalidade materna (MMR), que representou mortes maternas por 100.000 nascidos vivos.
A11	Visitas ao departamento de emergência relacionadas ao aborto nos Estados Unidos: uma análise de uma amostra do departamento nacional de emergência	Avaliar a incidência de visitas ao departamento de emergência (DE) relacionado ao aborto nos Estados Unidos (EUA).	Estudo quantitativo e observacional retrospectivo usando dados de uma amostra nacionalmente representativa de visitas ao pronto-socorro de 947 a 964 hospitais nos EUA por ano.	Muitas visitas ao pronto-socorro relacionadas ao aborto podem não ser indicadas ou poderiam ter sido tratadas com um nível de atenção menos oneroso.
A12	Conflitos entre a religiosidade das mulheres e o senso de livre arbítrio no contexto do aborto eletivo: um estudo qualitativo no pior período da crise COVID-19 na Itália	Examinar se o aborto eletivo causa dor e luto e como a religião pode fornecer suporte ou ser prejudicial para as mulheres que fazem um aborto voluntariamente.	Estudo qualitativo que avalia as experiências de aborto das participantes em três momentos distintos a fim de examinar a persistência de seu luto potencial.	Este estudo confirma que o aborto eletivo pode ser uma experiência traumática com repercussões muito negativas para o bem-estar psicológico, físico e relacional das mulheres afetadas.
A13	Morbidade relacionada ao aborto em seis países da América Latina e do Caribe: resultados da pesquisa multinacional da OMS / HRP sobre aborto (MCS-A)	Caracterizar a gravidade das complicações relacionadas ao aborto, descrever o manejo dessas complicações e relatar as experiências das mulheres com a atenção ao aborto em países selecionados da região das Américas	Estudo qualitativo e transversal realizado em 70 unidades de saúde em seis países, baseado na coleta de dados sobre as características das mulheres, incluindo dados sociodemográficos, história obstétrica e informações clínicas.	As mulheres que completaram a pesquisa relataram ter feito aborto induzido, afirmaram que não receberam explicações sobre seus cuidados, nem puderam fazer perguntas durante o exame e tratamento.
A14	Aborto durante a pandemia de COVID-19: Disparidades raciais e barreiras ao atendimento nos EUA	Destacar as disparidades raciais e as barreiras à atenção ao aborto nos EUA durante a pandemia.	Estudo qualitativo e visa documentar as barreiras adicionais à atenção ao aborto que resultaram da pandemia COVID-19 e como esses obstáculos tiveram efeitos diferenciais nas decisões dos que buscam o aborto em todos os grupos demográficos.	Uma pandemia global sobreposta a um ambiente de aborto cada vez mais restritivo torna vital teorizar e pesquisar novas abordagens para a atenção ao aborto.
A15	Tendências globais, regionais e sub-regionais na gravidez indesejada e seus resultados de 1990 a 2014: estimativas de um modelo hierárquico bayesiano	Estimar as taxas de gravidez globais, regionais e sub-regionais por status de intenção e resultado para 1990-2014.	Estudo quantitativo. A pesquisa desenvolveu um modelo de série temporal hierárquica bayesiana em que a taxa de gravidez indesejada é uma função da distribuição de mulheres em subgrupos definidos pelo estado civil e necessidade.	A taxa de gravidez indesejada permanece substancialmente mais alta nas regiões em desenvolvimento do que nas regiões desenvolvidas. Para aquelas que vivenciam tais gestações.
A16	Incidência de abortos e disponibilidade de serviços nos Estados Unidos, 2014; Incidência de aborto e disponibilidade de serviço nos Estados Unidos, 2014	As informações nacionais e estaduais sobre a incidência do aborto podem ajudar a informar as políticas e programas destinados a reduzir os níveis de gravidez indesejada.	Estudo quantitativo com levantamento de dados sobre o número de abortos e foram combinados com dados populacionais para estimar as taxas de aborto em nível nacional e estadual.	A maioria dos estados que experimentaram os maiores declínios proporcionais no número de clínicas que oferecem abortos promulgaram uma ou mais novas restrições durante o período do estudo, mas as reduções nem sempre foram associadas a declínios na incidência de aborto.

ID	TÍTULO	OBJETIVO	MÉTODO	PRINCIPAIS RESULTADOS
A17	Pesquisa Nacional de Aborto 2016	Apresentar os resultados da Pesquisa Nacional de Aborto de 2016 (PNA 2016) e os comparar aos da PNA 2010, quanto ao perfil das mulheres e a magnitude do aborto.	Estudo quantitativo, baseado em um levantamento domiciliar que combina técnica de urna e entrevistas face-a-face com mulheres de 18 a 39 anos, com amostra representativa do Brasil urbano.	Os resultados indicam que o aborto é um fenômeno frequente e persistente entre as mulheres de todas as classes sociais, grupos raciais, níveis educacionais e religiões.

Fonte: Silva et al. (2022).

O abortamento e as barreiras de acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva

Os estudos A1, A2, A8, A13 e A15 (OWOLABI; BIDDLECOM; WHITEHEAD, 2018; CORREIA *et al.*, 2018; YOKOE *et al.*, 2019; ROMERO *et al.*, 2021; BEARAK *et al.*, 2018) evidenciaram que existem barreiras de acesso aos serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva para as mulheres, bem como lacunas e fragmentação por estigmas e conceitos pré-concebidos para as mulheres em situação de abortamento, que ocasionam o aumento das taxas de abortamento inseguros, atrelado à complicações para a saúde perinatal, como infecções puerperais e óbitos materno e neonatal.

O estudo A2 (CORREIA *et al.*, 2018), ressalta que apesar de pesquisas demonstrarem altas taxas de abortamento no Brasil e no mundo, deve-se tomá-las apenas como uma maneira de estipular tal cenário, visto que, para os autores, o abortamento é uma questão sensível, logo, as taxas são subestimadas. A8 (YOKOE *et al.*, 2019) afirma que os principais fatores de risco que contribuem para as práticas de abortamento induzidos e suas complicações são: idade materna, local de residência, religião, grupo social, índice de riqueza/patrimônio e mês gestacional.

A dificuldade de acesso e a fragmentação de assistência à saúde corroboram para a execução das práticas de abortamentos inseguros e clandestinos, provocando complicações pós abortamento. Independente da natureza do abortamento, isto é, induzido ou espontâneo, as mulheres necessitam de atendimento especializado, a fim de tratá-las e evitar complicações graves, como hemorragias e infecções (OWOLABI; BIDDLECOM; WHITEHEAD, 2018).

Levando em consideração as dificuldades de acesso aos serviços, seja pela distância, ausência de tais na região em que residem ou ausência de profissionais capacitados, A1 (OWOLABI; BIDDLECOM; WHITEHEAD, 2018) revela que a maioria destas mulheres não recebem atendimento correto e em tempo oportuno em unidades de saúde disponíveis, além de não possuírem garantia triagem, diagnóstico e tratamento adequado, contribuindo para o aumento de resultados maternos e perinatais adversos.

O abortamento e as vulnerabilidades das mulheres: resultados perinatais adversos

Observou-se que mulheres de classes econômicas desfavorecidas e das mulheres negras apresentam maiores riscos de realizarem abortamentos inseguros e obterem resultados perinatais adversos, contribuindo para os altos índices de mortalidade materna, como mostram os estudos A5, A7 e A17 (CHAE *et al.*, 2017; GOES *et al.*, 2020; DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

As iniquidades em saúde são disseminadas por meio das desigualdades de gênero, raça, nível social e econômico, consolidadas por meio das disparidades em saúde, que são resultantes dessas vulnerabilidades. Dessa forma, mulheres com condições sócio e econômicas mais desfavoráveis e mulheres negras possuem o acesso aos bens e serviços de saúde restringidos, afetando diretamente o seu estado de saúde, como descreve A5 (CHAE *et al.*, 2017).

A5 (CHAE *et al.*, 2017) afirma que em muitos países de baixa e média renda as condições de assistência à saúde sexual e reprodutiva são restritivas, bem como o direito ao abortamento, mesmo no caso de gestações resultantes de crimes sexuais, é quase inexistente. Mulheres que podem custear práticas ilegais de abortamento, todavia em ambientes adequados, diferentemente daquelas de classes sociais e econômicas desfavorecidas, assim submetendo-se às práticas de abortamento inseguro.

O estudo de A7 (GOES *et al.*, 2020), expõe que subgrupos populacionais com maiores desigualdades socioeconômicas são os mais afetados e vulneráveis, apresentando maiores consequências sanitárias e socioeconômicas após praticar o aborto ilegal e inseguro, como as mulheres negras e pardas.

A necessidade de reformulação das políticas de saúde sexual e reprodutiva

Aponta a nítida a necessidade de reformulação das políticas de saúde voltadas à atenção sexual e reprodutiva das mulheres, não somente no Brasil, mas a nível mundial, de acordo com os estudos A3, A4, A9, A10, A11 e A16 (JONES; INGERICK; JERMAN, 2018; SILVA *et al.*, 2018; DONNELLY *et al.*, 2019; LATT; MILNER; KAVANAGH, 2019; UPADHYAY *et al.*, 2018; JONES; JERMAN, 2017).

Os estudos A11 (UPADHYAY *et al.*, 2018) e A16 (JONES; JERMAN, 2017) convergem a respeito da disponibilidade de serviços voltados ao abortamento e a incidência destes. Demonstraram que em locais com Leis menos restritivas em relação ao abortamento, o número de mulheres que busca esses serviços reduziu nos últimos anos e, com isso, a incidência de complicações pós-abortamento em outras unidades de saúde acompanhou esse decréscimo (JONES; JERMAN, 2017). Todavia, em locais com legislações mais restritivas, que

consideram o abortamento como ilegal em quaisquer condições, denominado como “Estados hostis”, o número de abortamentos anualmente é subestimado, porém a procura nos serviços de emergência relacionadas às complicações pós-abortamento, como infecções e hemorragias, não acompanha as taxas oficiais sobre o abortamento (UPADHYAY *et al.*, 2018).

De acordo com A16 Jones e Jerman (2017) e A11 Upadhyay *et al.* (2018), se houver uma mudança na legislação dos países que restringem o abortamento e o direito reprodutivo e sexual das mulheres, certamente o número de óbitos maternos e neonatais seriam consideravelmente reduzidos e, por consequência, os investimentos na área da saúde poderiam ser voltados para outros setores e melhoria da qualidade da assistência a saúde sexual e reprodutiva.

Ao tratar sobre tais políticas, no Brasil, é importante ressaltar que essas mudanças precisam abranger todas as mulheres brasileiras, incluindo aquelas que são “invisíveis” aos olhos da sociedade, como afirma A4 (SILVA *et al.*, 2018). Apesar dos dados subestimados, o número de crianças e adolescentes grávidas em situação de rua é 29,3% maior, quando comparada ao grupo na mesma faixa etária em desenvolvimento típico. Os autores afirmam que se faz necessário a implementação de políticas públicas para as populações mais vulneráveis, com atenção ao planejamento reprodutivo e ao abortamento.

Outrossim, o estudo A9 (DONNELLY *et al.*, 2019) acrescenta as reflexões dos autores A6 (SILVA *et al.*, 2018), visto que as políticas públicas de saúde não contemplam a todas as mulheres. Adotando a realidade dos Estados Unidos, os autores sugerem a integração de profissionais da saúde, com enfoque aos enfermeiros, parteiras e médicos na assistência ao abortamento, não somente para a realização de procedimentos, sobretudo para o acolhimento das mulheres que procurarem os serviços de saúde, independente das disparidades socioeconômicas, realizando educação em saúde, no intuito de auxiliar a adotar métodos que possam prevenir concepções indesejadas. Entretanto, o estudo discorre a respeito da improbabilidade das estratégias e medidas serem adotadas, sobretudo em países hostis com legislações restritivas.

Por conseguinte, o estudo A10 (LATT; MILNER; KAVANAGH, 2019) abordou, por meio de um estudo ecológico em diversos países, a maneira com que a reforma da legislação do abortamento afeta os níveis de mortalidade materna, sobretudo a relação entre essa e a flexibilização da legislação. Tal estudo traz questões e situações que seriam alteradas, caso houvesse consenso a respeito da descriminalização e acessibilidade ao abortamento, como a redução de abortamentos inseguros, da mortalidade materna e de gastos com a assistência, que poderiam ser direcionados a outros, dentro da área da saúde.

As implicações da pandemia COVID-19 na atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres

Na atual conjuntura, apesar dos grandes esforços mundiais e da vacinação, o mundo ainda se encontra assolado pela emergência sanitária ocasionado pelo vírus SARS-COV-2, conhecido como COVID-19. Sabe-se que a atenção à saúde sexual e reprodutiva feminina se encontrava bastante fragilizada e, com a vulnerabilidade nos sistemas de saúde, a nível mundial, a pandemia fragmentou ainda mais. Os estudos A6, A12 e A14 (BRANDÃO; CABRAL, 2021; TESTONI *et al.*, 2021; WONFLE; RODGERS, 2021) discorrem a respeito de tal realidade.

O estudo A6 (BRANDÃO; CABRAL, 2021) discorre a respeito da situação do Brasil frente à crise mundial. Por conta da disseminação do vírus e as consequências desse, com Centros de Terapia Intensiva sobrecarregados, ausência de leitos disponíveis e óbitos diários, algumas questões foram negligenciadas e, dentre estas, as questões de saúde sexual e reprodutiva. No entanto, órgãos internacionais, como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), reuniram-se após compreender que apesar do COVID-19, tais questões não podem ser revogadas, logo divulgaram guias sobre manejo de mulheres no que diz respeito ao planejamento reprodutivo e ao aborto seguro.

Tal realidade não é exclusiva do Brasil. Um estudo realizado por A12 (TESTONI *et al.*, 2021), na Itália, expôs outra perspectiva a respeito do abortamento na pandemia. O abortamento, mesmo quando bem-sucedido, isto é, realizado sem intercorrências geradas por complicações à saúde materna, torna-se uma experiência que gera traumas ao bem-estar psicológico e relacional das mulheres que o realizaram.

Muitas mulheres foram marginalizadas pelo próprio seio familiar por realizarem o abortamento, momento esse que coincidiu com a pandemia da COVID-19, e as fragilizou psicologicamente ainda mais. Muitas se afastaram dos núcleos familiares com mais intensidade, por conta das medidas de isolamento social, e foram abandonadas por seus familiares ou tornaram-se vítimas de violência física e psicológica, desenvolvendo transtornos psicológicos (TESTONI *et al.*, 2021).

Um estudo A14 (WONFLE; RODGERS, 2021) realizado nos Estados Unidos da América, evidenciou as diferenças nos serviços de saúde voltados aos cuidados ao aborto durante a pandemia da COVID-19. Em média, 44% das mulheres negras buscavam esses serviços com a justificativa de adiar gestações nesse momento, por conta das condições sociais e financeiras, tais escolhas podem aumentar a demanda por serviços de aborto precisamente quando a precariedade financeira e a austeridade ditam cada vez mais a capacidade das clínicas de fornecer serviços de aborto.

■ DISCUSSÃO

Abordar a temática abortamento é bastante complexa, uma vez que atinge diferentes setores da sociedade a nível mundial. Além disso, a literatura é bastante heterogênea, sobretudo se comparado a países orientais e ocidentais, centrais e periféricos. Em relação ao Brasil, as bases de dados regionais, voltadas para a América Latina, são carentes em publicações, que tratem sobre o abortamento e as implicações para a atenção à saúde da mulher.

Por sua vez, notou-se semelhanças e divergências entre os países que legalizam o abortamento, os países centrais, e aqueles que o criminalizam, mesmo com restrições menos severas. Independentemente da posição adotada por estes, as mulheres são as mais afetadas nesse cenário, visto que suas vidas e decisões dependem da posição da nação em que está inserida e do julgamento da sociedade (MACHADO, 2017).

Essas questões se refletem nas barreiras acessibilidade aos serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva, mesmo em países que legalizam o abortamento, e mais elevado nos países com legislações mais restritivas (SILVA *et al.*, 2021). Por esse motivo, há uma intensa fragmentação do acesso a saúde das mulheres, corroborando para o aumento das taxas de abortamentos inseguros, que geram complicações adversas à saúde materna e perinatal, identificados pela OMS como um mandato prioritário de eliminação a nível mundial, disposto na recente Orientação de Atenção ao Aborto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022). As complicações ocasionadas pelo abortamento vão além da questão puramente biológica, o psicológico dessa mulher encontra-se abalado, transtornos podem emergir e a depressão pós-abortamento está associada à elevadas taxas de suicídio (BEARAK *et al.*, 2018).

Atrelado a isso, a pandemia do COVID-19 precarizou ainda mais a atenção à saúde ao abortamento, uma vez que os olhos da comunidade científica se voltaram para a emergência sanitária, com milhares de óbitos e serviços de saúde em colapso a nível global (PILECCO *et al.*, 2021). Neste contexto, as questões negligenciadas tomaram proporções alarmantes para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, como o aumento do número de IST, violência doméstica, falta de acesso ao abortamento legal que resultaram em complicações graves e, atrelado a isso, os revezes psicológicos que foram fomentados pelo cenário pandêmico por conta da marginalização destas, muitas vezes sem amparo do próprio seio familiar (TESTONI *et al.*, 2021).

No Brasil, tratar sobre abortamento é tocar em um grave problema de saúde pública. Apesar de tratar-se de um Estado laico, a religião tem um poder importante na legislação e no bem-moral do país, de acordo com a Associação Paulista de Medicina (2021). De acordo com a pesquisa do Datafolha, apenas 1/3 das mulheres cristãs no Brasil, dentre as católicas e evangélicas, defendem o direito ao abortamento seguro, ainda que para essas mulheres,

sejam algo condenado por sua religião e defendem que os princípios religiosos do parlamento não devem interferir em duas decisões, independente da fé de cada um (BASTOS, 2018).

Todavia, a realidade do país mostrou-se evidente quando a Nota Técnica nº 16 (2020), que assegurava o direito ao planejamento sexual e reprodutivo para todas as mulheres durante o período da pandemia, acesso à informação e educação em saúde, o direito de adolescentes e mulheres ao abortamento seguro, isto é, ampla e uma vitória para atenção à saúde das mulheres, foi revogada por também tratar da atenção ao abortamento e ir contra os princípios dos governantes do Estado (BRANDÃO; CABRAL, 2021).

Ressalta-se ainda que as brasileiras mais afetadas e vulneráveis nesse cenário são as de menor escolaridade, de classes socioeconômicas menos favoráveis, desempregadas, mulheres negras, com deficiência cognitiva, adolescentes, seja pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, seja pela distância entre as suas residências e os locais destinados aos serviços dessa natureza, seja pelo racismo institucional no Brasil. Sendo assim, as mulheres são levadas a praticar abortamentos clandestinos e inseguros, muitas vezes em ambientes inóspitos, e apresentam complicações, como infecção e perfuração de órgãos no momento do procedimento (CORREIA *et al.*, 2018).

Neste sentido, a criminalização e restrições antiaborto acarretam consequências severas para a saúde da mulher. É notório o desgaste físico e emocional de mulheres que se submetem ao abortamento, e por tais razões as discussões e votações deveriam ser direcionadas para o direito ao abortamento e não ao “aborto” em si. Negar o direito que a mulher tem sobre a sua própria vida vai além de escolhas, mas necessidades e circunstâncias (LICHOTTI; MAZZA; BUONO, 2020).

Ainda que o Brasil legalize o abortamento em casos previsto na Lei, como o estupro, risco de morte materna e gestações anencefalias, as mulheres ainda são condenadas pela sociedade. Um relatório realizado em 2017, por uma maternidade referência materno-infantil a respeito do abortamento legal no Pará, sinalizou a realização de 37 casos de abortamentos previstos em Lei, sendo um Estado da região Norte apontada nos estudos com alto percentual de internações causadas por abortamento, dentre as regiões do Brasil (GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ, 2018).

Outrossim, as leis restritivas antiaborto só demonstram que, países como Brasil, vivem um verdadeiro retrocesso em relação à consolidação dos direitos humanos (SILVA *et al.*, 2018). Países com legislações menos ou não restritivas mostram que a incidência e procura por serviços dessa natureza reduziram nas últimas décadas, como é o caso de Portugal e Uruguai. A legalização do abortamento não irá aumentar as taxas de abortos, diferente da realidade em países periféricos, nos quais as taxas de abortamentos inseguros são crescentes e acompanham os altos índices de mortalidade materna (BOUERI, 2018).

Portanto, há o anseio pela reforma da legislação a respeito do abortamento em países que os restringe ou condenam, priorizando políticas e programas que amparem as mulheres e não as condene, não somente por questões individuais, mas coletivas, já que se trata de questões de saúde pública (DONNELLY *et al.*, 2019). Para tal, faz-se necessária articulação das redes de atenção do Sistema Único de Saúde, com atenção à saúde sexual e reprodutiva de forma efetiva, porém, para o país é apenas uma utopia, visto que o acesso aos serviços dessa natureza é desigual. É imprescindível assegurar políticas de saúde verdadeiramente universais, que promovam e assegurem os direitos sexuais e reprodutivos de todos os brasileiros, a fim de reduzir o número de gravidezes indesejadas e, por consequência, os altos índices de mortalidade materna (ARAGÃO, 2019).

Neste interim, a Orientação de Atenção ao Aborto enfatiza a necessidade de serviços de saúde que priorizem a Atenção ao Abortamento com qualidade, articulados pelos serviços de saúde pública de todas as nações, mostrando evidências científicas que priorizem intervenções voltadas para o abortamento e pós-abortamento. Ressalta-se que essas medidas são medulares para que os ODS sejam alcançados e cumpridos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

A viabilização e o avanço dos direitos femininos, acesso aos serviços e programas de saúde que venham garantir atenção integral à saúde de maneira efetiva, bem como a legalização do abortamento seguro, vai além da conquista de direitos de apenas uma parcela da sociedade, trata-se de uma questão de saúde pública, do pleno exercício da cidadania e da busca por reparações de injustiças sociais cometidas no passado e presente contra as mulheres no Brasil e no mundo.

■ CONCLUSÃO

O presente estudo buscou identificar e analisar a produção de conhecimento científico a respeito do abortamento e suas repercussões para a atenção à saúde das mulheres, em diferentes países, como as questões religiosas e morais individuais afetam o coletivo, a fim de elucidar e compreender quais são os empecilhos para que haja efetiva garantia dos direitos sexuais e reprodutivos destas, a partir da revisão integrativa da literatura.

Apesar da relevância da temática adotada, é notória a carência e diversidade de estudos científicos nessa área, principalmente em bases de dados nacionais. Dessa forma, este estudo aspira ser um anteparo para futuras publicações e que as comunidades acadêmicas e científicas possam se debruçar e defender os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e compreender o real impacto dessas ações para a mudança da saúde pública no Brasil e no mundo.

■ REFERÊNCIAS

1. ARAGÃO, Nikolly Sanches. A descriminalização do aborto no Brasil. **Âmbito Jurídico**, Brasil, Direito Penal, 2019. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/a-descriminalizacao-do-aborto-no-brasil/amp/>. Acesso em: 13 set. 2021.
2. ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA (Brasil). Aborto: uma visão médica, política e religiosa. **Associação Paulista de Medicina**, São Paulo, 22 abr. 2021. Disponível em: <https://www.associacaopaulistamedicina.org.br/index.php?/noticia/aborto-uma-vi-sao-medica-politica-e-religiosa>. Acesso em: 27 fev. 2022.
3. BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2011.
4. BASTOS, Mariana. Mulheres cristãs baseiam em sua fé defesa dos direitos reprodutivos e do aborto legal. **Gênero e Número**, Rio de Janeiro, 11 set. 2018. Disponível em: <https://www.generonumero.media/mulheres-cristas-baseiam-em-sua-fe-defesa-dos-direitos-reprodutivos-e-do-aborto-legal/>. Acesso em: 27 fev. 2022.
5. BEARAK, Jonathan; POPINCHALK, Anna; ALKEMA, Leontine; SEDGH, Gilda. Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. **Lancet Glob Health**, London, v. 6, n. 4, p. 38-389, 2018.
6. BOUERI, Aline Gatto. Orçugal, Espanha e Uruguai: o que aconteceu após a legalização do aborto?. **Gênero e número**, Brasil, 2018. Disponível em: <https://www.generonumero.media/portugal-espanha-e-uruguai-o-que-aconteceu-apos-legalizacao-do-aborto/>. Acesso em: 8 set. 2021.
7. BRANDÃO, Elaine Reis; CABRAL, Cristiane da Silva. Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil. **Interface**, Brasil, v. 25, n. suppl. 1, p. : e200762, 2021.
8. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Técnica nº 16**. Dispõe do acesso a saúde sexual e reprodutiva no contexto da pandemia. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
9. CARDOSO, Bruno Baptista; VIEIRA, Fernanda Morena dos Santos Barbeiro; SARACENI, Valeria. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. suppl. 1, p. e00188718, 2020.
10. CORREIA, Luciano Lima; ROCHA, Hermano Alexandre Lima; LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; CAMPOS, Jocileide Sales; SILVA, Anamaria Cavalcante e; MACHADO, Márcia Maria Tavares; ROCHA, Sabrina Gabriele Maia Oliveira; GOMES, Thales Nogueira; CUNHA, Antônio José Ledo Alves da. Tendência de abortos espontâneos e induzidos na região semiárida do Nordeste do Brasil: uma série transversal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 133-142, 2018.
11. CHAE, Sophia; DESAI, Sheila; CROWELL, Marjorie; SEDGH, Gilda; SINGH, Susheela. Characteristics of women obtaining induced abortions in selected low- and middle-income countries. **PLOS ONE**, San Francisco, v. 12, n. 3, p. e0172976, 2017.
12. DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017.
13. DONNELLY, Kyla Z.; DEHLENDORF, Christine; REED, Reiley; AGUSTI, Daniela; THOMPSON, Rachel. Adapting the Interpersonal Quality in Family Planning care scale to assess patient perspectives on abortion car. **Journal of Patient-Reported Outcomes**, London, v. 3, n. 1, p. 1-10, 2019.

14. FONSECA, Sandra Costa; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; LEAL, Maria do Carmo; AQUINO, Estela M. L. Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. suppl. 1, p. e00189718, 2020.
15. GOES, Emanuelle Freitas; MENEZES, Greice M. S.; ALMEIDA, Maria-da-Conceição C.; ARAÚJO, Thália Velho Barreto de; ALVES, Sandra Valongueiro; ALVES, Maria Teresa Seabra Soares Britto e; AQUINO, Estela M. L. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 36, 2020.
16. GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. **Relatório de Gestão 2017**. Pará: Governo do Estado do Pará, 2018.
17. JONES, Rachel K; INGERICK, Meghan; JERMAN, Jenna. Differences in abortion service delivery in hostile, middle-ground, and supportive states in 2014. **Womens Health Issues**, New York, v. 28, n. 3, p. 212-218 2018.
18. JONES, Rachel K.; JERMAN, Jenna. Abortion incidence and service availability in the United States, 2014. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, Ottawa, v. 49, n. 1, p. 17-27.2017.
19. LATT, Su Mon; MILNER, Allison; KAVANAGH, Anne. Abortion laws reform may reduce maternal mortality: an ecological study in 162 countries. **BMC Women's Health**, London, v. 19, n.1, p. 1-9, 2019.
20. LICHOTTI, Camille; MAZZA, Luigi; BUONO, Renata. Os abortos diários do Brasil. **Piauí**, São Paulo, v. 167, 2020. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/os-abortos-dia-rios-do-brasil/>. Acesso em: 27 fev. 2022.
21. MACHADO, Lia Zanotta. O aborto como direito e o aborto como crime: o retrocesso neoconservador. **Cadernos Pagu**, São Paulo, v. 50, 2017. DOI 10.1590/18094449201700500004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/73S-MtDzqPPXMYXqThvFFmjc/?lang=pt#>. Acesso em: 27 fev. 2022.
22. MEDEIROS, Maiza Leal; SANTOS, Tamylys Morais dos; OLIVEIRA, Maguida Patrícia Lacerda Cordeiro; COSTA, Antonio Werbert Silva da; OLIVEIRA, Eimar Neri de; SILVA, Maria Albertina Ribeiro; OLIVEIRA, Rosivalda Ferreira de. O resgate da cultura dos partos domiciliares: uma revisão integrativa de literatura. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. e409427922, 2020. DOI 10.33448/rsd-v9i4.2792.
23. OWOLABI, Onikepe O; BIDDLECOM, Ann; WHITEHEAD, Hannah S. Health systems' capacity to provide post-abortion care: a multicountry analysis using signal functions. **Lancet Glob Health**, London, v. 7, n. 1, p. e110–18, 2019.
24. PILECCO, Flávia Bulegon; MCCALLUM, Cecilia Anne; ALMEIDA, Maria da Conceição Chagas de; ALVES, Flávia Jôse Oliveira; ROCHA, Aline dos Santos; ORTELAN, Naiá; GABRIELLI, Lígia; MENEZES, Greice Maria de Souza. Aborto e a pandemia da COVID-19: lições para a América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, ed. 6, 2021.
25. RODRIGUES, Ana Beatriz. Aborto comparado entre os principais países e saúde pública. **Revista Âmbito Jurídico: Direito Constitucional**, Brasil, ed. 205, 1 fev. 2021. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-constitucional/aborto-comparado-entre-os-principais-paises-e-saude-publica/>. Acesso em: 6 set. 2021.

26. ROMERO, Mariana; LEON, Rodolfo Gomez Ponce de; BACCARO, Luiz Francisco; CARROLI, Berenise; MEHRTASH, Hedieh; RANDOLINO, Jimena; MENJIVAR, Elisa; et al.. Abortion-related morbidity in six Latin American and Caribbean countries: findings of the WHO/HRP multicountry survey on abortion (MCS-A). **BMJ Global Health**, London, v. 6, n. 8, p. e005618, 2021. DOI 10.1136/bmjgh-2021-005618.
27. SANCHES, Keron dos Santos; RABIN, Eliane Goldberg; TEIXEIRA, Patrícia Tatiani de Oliveira. The scenario of scientific publication on palliative care in oncology over the last 5 years: a scoping review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, p. e03336, 2018.
28. SILVA, Lorena; SALES, Nayara; SANTOS, Renata; ALBUQUERQUE, Nayale. Percepção das mulheres em situação de abortamento frente ao cuidado de enfermagem. **Revista Ciência Plural**, Rio Grande do Norte, v. 6, n. 1, p. 44-45, 2020.
29. SILVA, Lucas Neiva-; DEMENECH, Lauro Miranda; MOREIRA, Laísa Rodrigues; OLIVEIRA, Adriano Trassantes; CARVALHO, Fernanda Torres de; PALUDO, Simone dos Santos. Experiência de gravidez e aborto em crianças, adolescentes e jovens em situação de rua. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1055-1066, 2018.
30. SILVA, Maura Carolina Belomé da; KNAUTH, Daniela Riva; BORGES, Rogério Boff; NUNES, Luciana Neves; GIUGLIANI, Camila. Análise dos registros de atendimentos de mulheres que realizaram aborto previsto em lei em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio Grande do Sul, v. 23, ed. 11, 2021.
31. TESTONI, Ines; FINCO, Nicoletta; KEISARI, Shoshi; ORKIBI, Hod; AZOULAY, Bracha. Conflicts between women's religiosity and sense of free will in the context of elective abortion: a qualitative study in the worst period of Italy's COVID-19 crisis. **Front Psychiatry**, Suíça, v. 12, n. 624428, p. 1-14, 2021.
32. UPADHYAY, Ushma D.; JOHNS, Nicole E.; BARRON, Rebecca; CARTWRIGHT, Alice F.; TAPÉ, Chantal; MIERJESKI, Alyssa; MCGREGOR, Alyson J. Abortion-related emergency department visits in the United States: an analysis of a national emergency department sample. **BCM Medicine**, Houston, v. 16, n. 88, p. 1-11, 2018.
33. WOLFE, Taida; RODGERS, Yana van der Meulen. Abortion during the COVID-19 pandemic: racial disparities and barriers to care in the USA. **Sexuality Research and Social Policy**, San Francisco, p. 1-8, 2021. DOI 10.1007/s13178-021-00569-8.
34. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Abortion care guideline**, 2022. ISBN 9789240039483. Geneva: World Health Organization, 2022.
35. YOKOE, Ryo; ROWE, Rachel; CHOUDHURY, Saswati Sanyal; RANI, Anjali; ZAHIR, Farzana; NAIR, Manisha. Unsafe abortion and abortion-related death among 1.8 million women in India. **BMJ Glob Health**, London, v. 4, n. 3, p. 1-13, 2019.

Aromaterapia para alívio da dor no processo de parturição: revisão integrativa

| **Paola Melo Campos**

Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA

| **Paula Cristina Barth Bellotto**

Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA

| **Marcela Rosa da Silva**

Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA

| **Marcia Cordeiro da Cunha**

Hospital Nossa Senhora da Conceição - HNSC

| **Vanine Arieta Krebs**

Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA

| **Amanda Fiorenzano Bravo**

Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA

| **Rafaela Abrão**

Centro Universitário Cenecista de Osório - UNICNEC

RESUMO

Objetivo: Identificar as evidências científicas sobre o uso de aromaterapia durante o trabalho de parto como um método não farmacológico para o alívio da dor. **Métodos:** Esse estudo trata-se de uma revisão integrativa realizada em cinco etapas: formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados. Todos os preceitos éticos da pesquisa foram seguidos. **Resultados:** A aromaterapia apresenta efeitos benéficos para o alívio da dor no trabalho de parto e deve ser recomendada para as parturientes por serem métodos simples, de baixo custo e de fácil aplicação. **Conclusão:** Conclui-se que a aromaterapia, assim como os demais métodos não farmacológicos devem ser escolhidos individualmente para cada parturiente e é fundamental que toda a equipe de saúde se envolva, apoiando e viabilizando a realização dessas práticas para a melhor assistência ao parto e nascimento. A aromaterapia torna o processo de parturição mais satisfatório para as mulheres, pois auxilia na atuação de outros sistemas corporais.

Palavras-chave: Aromaterapia, Dor do Parto, Gestação, Saúde da Mulher.

■ INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da humanidade parir era um evento feminino, doméstico, instintivo, assistido por mulheres chamadas de parteiras na qual obtinham um conhecimento empírico da fisiologia do parto e nascimento. Geralmente essas parteiras eram mulheres mais experientes e de confiança da comunidade, acompanhavam as gestantes durante a gestação, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido (RN), bem como, eram consultadas sobre diversos temas de saúde. A obstetrícia surgiu indiscutivelmente com as parteiras que construíram seus conhecimentos através de suas próprias experiências, lembranças e de práticas repetidas (KAPPAUN E COSTA, 2020).

Nesse contexto, até o século XVII o parto seguia sendo um assunto de mulheres, assistido por parteiras e por mulheres da família da gestante. O homem era totalmente excluído do processo de parturição e via a mulher e seu filho somente depois de nascido. Médicos seriam chamados apenas em partos muito difíceis e mesmo nessas situações o poder de decisão continuava sendo da mulher e de sua família (KAPPAUN E COSTA, 2020). No decorrer do século XVII o parto foi medicalizado, masculinizado e hospitalizado. Primeiramente, as mulheres atendidas em hospitais eram aquelas às margens da sociedade, que não tinham condições de ser suas próprias parteiras e com o passar do tempo tornou-se o lugar de referência em segurança para parir (KAPPAUN E COSTA, 2020).

Com a institucionalização do parto este evento que era percebido como fisiológico e acontecia em ambiente domiciliar, passou a ser um evento médico no qual o corpo da mulher é visto como uma máquina imperfeita sendo necessário ajustes para parir (SANTA CATARINA, 2017). Este modelo é denominado pela Robbie Davis-Floyd, (2001) como modelo tecnocrático de assistência ao parto. Mudanças vêm sendo buscadas para tornar a assistência ao parto respeitosa à mulher, centrado na fisiologia do parto e inserindo o papel e o conhecimento da enfermeira obstetra, também conhecida como parteira.

A história da enfermagem obstétrica no Brasil e no mundo percorre um caminho com muitos obstáculos, onde o profissional enfermeiro exerce um papel relevante no processo de humanização e desmedicalização da assistência à saúde da mulher e do recém-nascido (RN). Sabe-se que atualmente as enfermeiras obstetras são as profissionais mais qualificadas para assistência ao parto de risco habitual por unirem conhecimento científico, respeito à fisiologia feminina e possuírem a ancestralidade das parteiras domiciliares (SENA, *et al.*, 2012). Também percebemos que existe a dificuldade de inserir essas profissionais na cena do parto e isso pode ser por consequência da falta de autonomia de gestores nos serviços de saúde devido a questões financeiras, administrativas, escassez de recursos humanos, além das relações de poder entre equipes médica e de enfermagem desiguais. Ao mesmo tempo, também podemos incluir a falta de autonomia dos próprios profissionais quanto ao

exercício profissional de que são capazes devido a qualidade na formação das enfermeiras obstetras (CUNHA, *et al.*, 2021).

Caracterizada como fisiológica, a dor do trabalho de parto está ligada a modificações próprias do corpo (FREITAS *et al.*, 2011). Ansiedade, angústia, estresse, sentimentos ambivalentes e fantasias são as emoções mais percebidas durante o período gestacional, podendo estar relacionados ao medo do parto (BASSAN, BARBOSA e PÁRRAGA, 2018). Como contribuição para alívio da dor e para a diminuição da ansiedade, diversos métodos não farmacológicos são utilizados para proporcionar mais tranquilidade para a mulher durante o trabalho de parto, como banho de imersão e aspensão, estímulo à mudança de posições, uso da bola suíça, exercícios de respiração, cromoterapia, aromaterapia entre outros (DIAS, *et al.*, 2018).

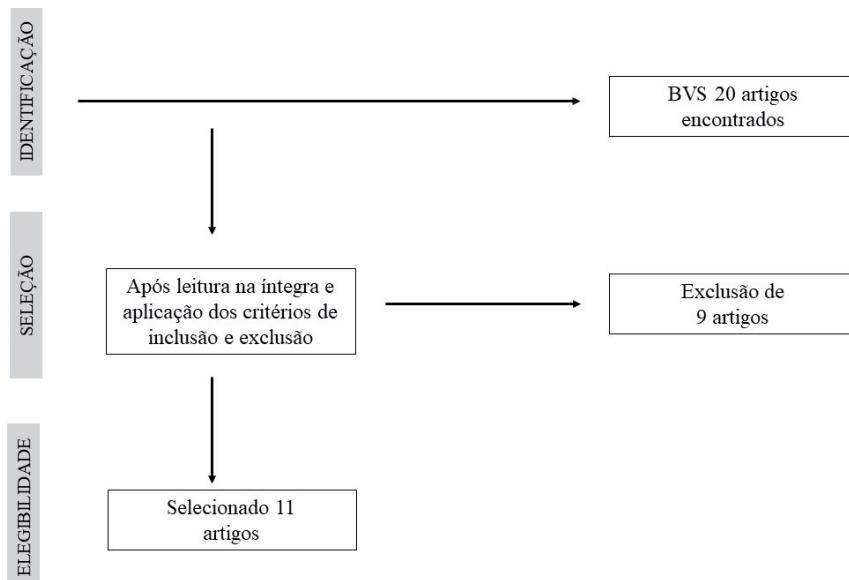
Dentre essas, uma das terapias utilizadas é o uso da aromaterapia, que é uma ciência em ascensão, utilizada há milhares de anos por diversas civilizações, sendo uma ciência que utiliza óleos essenciais extraídos de plantas desfrutando das suas propriedades terapêuticas. Quimicamente, os óleos essenciais são orgânicos voláteis e perfumados. Os compostos são obtidos a partir da destilação de material vegetal como raízes, folhas, caules, cascas, flores e sementes. O uso dos óleos essenciais pode aliviar a ansiedade, facilitar o relaxamento e aliviar a dor do parto e pode ser usado associado a outras práticas complementares como a massagem (SILVA *et al.*, 2020; TILLET e AMES, 2010). A essência de lavanda é muito utilizada nessa prática, demonstrando uma intervenção simples, barata, não invasiva e eficaz para reduzir a dor do parto. O uso da aromaterapia no trabalho de parto faz com que o processo de dar à luz se torne uma experiência mais agradável para as mulheres.

Diversos métodos não farmacológicos vêm sendo usados durante o trabalho de parto para alívio da dor e são comprovados cientificamente. No entanto, poucas pesquisas brasileiras mostram as evidências científicas do uso da aromaterapia, neste período de parturição. A pesquisa teve como objetivo identificar as evidências científicas sobre o uso de aromaterapia durante o trabalho de parto como um método não farmacológico para o alívio da dor.

■ METODOLOGIA

O estudo é uma pesquisa de revisão integrativa, conforme proposto por Cooper (1982). Este tipo de metodologia consiste em agrupar os resultados obtidos de pesquisas primárias sobre o mesmo assunto e tem como foco sintetizar e analisar os dados para desenvolver uma explicação mais abrangente de um fenômeno específico.

A base de dados elencada para a realização da busca dos artigos foi: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), segue fluxograma de busca.



Fonte: autores (2022).

Os descritores em ciência da saúde (Bireme) são: Aromaterapia e Dor do Parto, além de todos os termos livres relacionados. Foi utilizado o operador booleano “and”, para cruzamento dos descritores e palavras-chave.

Os critérios de inclusão abrangem artigos de natureza qualitativa e quantitativa e os que abordam a temática de aromaterapia como método não farmacológico para o alívio da dor no trabalho de parto. Serão incluídos os artigos encontrados entre 2017 até julho de 2022 quando foi realizada a busca em base de dados, disponíveis na íntegra de maneira gratuita e nos idiomas: português, inglês e espanhol. Os critérios de exclusão englobam os artigos que não respondam à questão norteadora deste estudo.

A apresentação dos resultados foi no formato de quadro, com a finalidade de comparar as ideias e implicações dos autores que compreenderam a amostra deste estudo sobre a evidência científica sobre a aromaterapia, como método não farmacológico para o alívio da dor em gestantes em trabalho de parto.

A Revisão Integrativa seguiu, rigorosamente, todos os preceitos éticos para uma pesquisa científica. Salienta-se que será mantida a autenticidade das ideias e os direitos dos autores.

■ RESULTADOS

A seguir o quadro 1 apresenta os seguintes resultados encontrados durante a pesquisa.

Quadro 1. Apresentação dos resultados.

ID	AUTORES/ANO	TÍTULO	RESULTADO
1	Juliana Amaral Prata, Nayara Diniz Pamplona, Jane Márcia Progianti, Ricardo José Oliveira Mouta, Luiza Mara Correia, Adriana Lenho de Figueiredo, Pereira / 2022	Tecnologias não invasivas de cuidado utilizadas por enfermeiras obstétricas: contribuições terapêuticas	Para aliviar a dor e promover relaxamento, podemos recorrer ao estímulo à participação do acompanhante e à respiração consciente, à aplicação da massagem, à promoção do ambiente acolhedor e ao uso da água morna, além dos óleos essenciais.
2	Bertone, Anna C. Mph; Dekker, Rebecca L. Phd, Rn / 2021	Aromatherapy in Obstetrics: A Critical Review of the Literature	O estudo demonstrou os benefícios potenciais da aromaterapia durante o período perinatal. Diferentes estudos apontam a redução da dor após aplicação de óleos essenciais em pacientes em trabalho de parto ativo. Foi usada a escala EVA para quantificar a dor tanto no grupo intervenção quanto no grupo controle, se obteve um resultado significativo de redução de dor no grupo intervenção.
3	Liao, Ching-Chu; Lan, Shao-Huan; Yen, Yea-Yin; Hsieh, Yen-Ping; Lan, Shou-Jen / 2021	Aromatherapy intervention on anxiety and pain during first stage labour in nulliparous women: a systematic review and meta-analysis	Os resultados do estudo atual sugeriram que a aromaterapia diminuiu significativamente a dor e a ansiedade no primeiro estágio do trabalho de parto. Vários estudos mostraram a eficácia da aromaterapia no alívio da dor e da ansiedade em pacientes hospitalizados e no alívio de náuseas e vômitos em mulheres durante a gravidez. Alguns resultados indicaram ainda que a aromaterapia foi eficaz na facilitação da cicatrização da episiotomia e na redução da dor, fadiga e angústia. Descobriu-se também que a aromaterapia desempenha um papel na melhora do humor materno; redução da dor pós-cesariana; e prevenir ou mitigar o estresse, a ansiedade e a depressão após o parto. Embora a maioria das opções não farmacêuticas de tratamento da dor tenham sido consideradas não invasivas e presumivelmente seguras para as mães e seu feto, suas eficácias exatas permaneceram incertas devido à falta de evidências de alta qualidade.
4	Mariana Machado Pimentel ¹ , Valdecyr Herdy Alves, Diego Pereira Rodrigues, Maria Bertilla Lutterbach Riker Branco, Raquel Santana Vieira, Giovanna Rosario Soanno Marchiori (2021)	Non-invasive technologies for pain relief in parturition	Os óleos essenciais estão trazendo efeitos significativos na percepção da dor, ansiedade das parturientes e, portanto, na duração das fases do processo parturitivo, quando a escolha bem aplicada inspira um toque de sensibilidade e sabores. Quando inalado, o aroma aciona os receptores sensíveis através do cérebro, envolvendo partes neurológicas específicas e substâncias que se harmonizam de forma inebriante, resultando em alterações físicas e psicológicas que resultam efetivamente na redução da dor e da ansiedade.
5	Mahbubeh Tabatabaeichehr, Hamed Mortazavi / 2020	The Effectiveness of Aromatherapy in the Management of Labor Pain and Anxiety: A Systematic Review	Os óleos essenciais usados nos estudos incluídos foram gerânio, incenso, lavanda, rosa, camomila, laranja amarga, jasmim, laranja doce, tangerina, hortelã-pimenta e cravo. Administração de aromaterapia por inalação e depois massagem. O óleo essencial mais popular nos estudos foi lavanda, seja como um único óleo essencial ou em combinação com outros óleos essenciais. A aromaterapia tem um efeito positivo no alívio da dor e reduz a ansiedade do trabalho de parto.
6	Silva, Maria Andréia da; Sombra, Isabel Veras de Sousa; Silva, Janaina Selegy Jacinto da; Silva, Júlio César Bernardino da; Dias, Leticia Rafaele Figueirôa de Melo; Calado, Raíssa Soares Ferreira; Albuquerque, Naya-le Lucinda Andrade; Silva, Gêssyca Adryene de Menezes /2019	Aromaterapia para alívio da dor durante o trabalho de parto	Observou-se nos estudos selecionados que a aromaterapia possui um leque de variedades com propriedades específicas e que é um método excelente para o alívio da dor e/ou diminuição da ansiedade e medo, como também no auxílio da contração e redução do tempo de trabalho de parto.
7	Bibiana Amaral Paviani Tatiane Herreira Trigueiro Rafaela Gessner / 2019	O uso de óleos essenciais no trabalho de parto e parto: revisão de escopo	Diversos óleos essenciais foram citados, bem como sua forma de aplicação, em destaque para a lavanda. A utilização dos óleos essenciais resumiu-se nas seguintes finalidades: diminuição da dor e da ansiedade, melhora da satisfação materna e diminuição da duração do trabalho de parto, náusea e vômito.
8	Chen, Shuo-Fei; Wang, Chia-Hui; Chan, Pi-Tuan; Chiang, Hsiu-Wen; Hu, Tsung-Ming; Tam, Ka-Wai; Loh, El-Wui. / 2019	Labour pain control by aromatherapy: A meta-analysis of randomised controlled trials	As meta-análises mostraram que a aromaterapia reduziu a dor do parto na fase de transição e a duração da fase ativa e do terceiro estágio; uma tendência à redução da duração foi observada no segundo estágio. Além disso, a aromaterapia não teve influência na cesariana de emergência, ruptura da membrana e início do trabalho de parto espontâneo.

ID	AUTORES/ANO	TÍTULO	RESULTADO
9	Alane da Silva Clemente Araújo, Amanda de Medeiros Correia, Diego Pereira Rodrigues, Laís Montenegro Lima, Sabrina de Santana Gonçalves, Alana Priscilla da Silva Viana / 2018	Métodos não farmacológicos no parto domiciliar	A lavanda, ou eucalipto, o jasmim, rosa e laranja, estão trazendo efeitos na percepção da dor, a ansiedade da parturiente e consequentemente na duração das fases do processo de nascimento da criança. A Sálvia, pode ser usada em desconforto, no fortalecimento do sistema imunológico, em ondas de calor da menopausa, mas é contra-indicado para quem sofre de epilepsia, durante o primeiro trimestre de período de gestação e lactação. O Jasmim tem efeitos analgésicos, sedativos e propriedades antidepressivas. A lavanda traz efeitos relaxantes e tranquilizantes, onde estudos indicam seu uso para reduzir a dor, criando calma ao longo do nascimento
10	Hamdamian, Sepideh; Nazarpour, Soheila; Simbar, Masoumeh; Hajian, Sepideh; Mojab, Faraz; Talebi, Atefeh / 2018	Effects of aromatherapy with Rosa damascena on nulliparous women's pain and anxiety of labor during first stage of labor.	A gravidade da dor no grupo que recebeu aromaterapia com <i>R. damascena</i> foi significativamente menor do que no grupo controle após o tratamento em cada ponto de avaliação durante o processo de dilatação cervical (4-5, 6-7 e 8-10 cm; $P < 0,05$). Os níveis de ansiedade também foram significativamente menores no grupo de aromaterapia do que no grupo controle após o tratamento em cada momento de medição no processo de dilatação cervical (4-7 e 8-10 cm; $P < 0,05$). A comparação das possíveis consequências do tratamento não mostrou diferença significativa entre os dois grupos após o tratamento. Os dois grupos foram acompanhados e comparados usando duas possíveis consequências do tratamento, incluindo o índice de Apgar e o tipo de parto. O teste <i>U</i> de Mann-Whitney não mostrou diferenças significativas entre os dois grupos em relação aos escores de Apgar ou via de parto
11	Tanvisut, Rajavadi; Trairisilp, Kuntaree; Tongsong, Theera. / 2018	Efficacy of aromatherapy for reducing pain during labor: a randomized controlled trial	Um total de 104 mulheres foram recrutadas, 52 em cada grupo. As características basais e os escores de dor basais foram comparáveis. A pontuação mediana de dor da fase ativa latente e inicial foi menor no grupo de aromaterapia, 5 vs 6 e 7 vs 8, respectivamente. As diferenças médias dos escores de dor entre a fase ativa latente e inicial e a linha de base foram significativamente menores no grupo de aromaterapia, 1,88 vs 2,6 ($p = 0,010$) e 3,82 vs 4,39 ($p = 0,031$), respectivamente. Os escores de dor da fase ativa tardia e outros resultados perinatais não foram significativamente diferentes.

Fonte: Autores (2022).

■ DISCUSSÃO

Com o advento das tecnologias e pela necessidade de imediatismo nas resoluções das questões diárias, o parto fisiológico foi substituído por intervenções para acelerar o processo e muitas vezes por cesáreas eletivas pela necessidade de rapidez, agilidade, pressa, paciência pelo trabalho de parto, além de uma enganadora esperança de desaparecimento da dor do parto. A dor funciona como um guia para o corpo e para o processo de parturição, sendo uma importante aliada por demonstrar os sinais da evolução do processo de parto, permitindo inclusive que a mulher escolha a melhor posição para parir, pois o corpo está respondendo as necessidades fisiológicas (RUSSO, *et al.*, 2019).

Durante o processo de parturição, a dor e outros sintomas como náusea, vômito são esperados e percebidos. No entanto, existem métodos não farmacológicos como a aromaterapia que pode ser utilizado para que essas sensações (dor, náusea e vômito) sejam amenizadas e é importante que os profissionais conheçam essa técnica e as demais técnicas não farmacológicas para aplicá-las, visto que os métodos não farmacológicos podem tirar

a mulher do foco da dor, reduzir náusea e vômitos e auxiliar na concentração e nas demais emoções que são geradas nesse momento.

Os estudos 1 e 2 trazem como resultados a redução da dor com o uso de óleos essenciais durante o período perinatal bem como durante o trabalho de parto ativo. Marins *et al*, (2020) ressalta também em seu estudo que grande parte das evidências científicas mostram os benefícios para o uso de métodos não farmacológicos durante o trabalho de parto, além de tornar o parto mais fisiológico possível. As tecnologias simples para o alívio da dor no trabalho de parto proporcionam à parturiente um processo de parturição seguro e qualificado. Esses métodos podem auxiliar a mulher a relaxar, aliviar a dor e trazer sentimentos de acolhimento e aconchego, além de saber que ela não estará sozinha, corroborando com a hipótese de que as ações relaxantes da aromaterapia são benéficas.

Quando o assunto é referente a dor do parto e ao processo de parturição é fundamental que as escolhas sejam feitas pelas parturientes, pois cada uma necessitará de um cuidado especial com base nas suas necessidades. Esse processo de humanização pressupõe a individualidade e a singularidade de cada parturiente, buscando o protagonismo de cada mulher (NARCHI, CRUZ e GONÇALVES, 2013). Com isso é importante que sejam priorizadas as técnicas não invasivas antes de intervir com a farmacologia.

No estudo 3 foi possível identificar que a aromaterapia tem um efeito benéfico para diversos sintomas da gestação, parto e puerpério, como náuseas, dor, estresse, angústia, fadiga dentre outros, informações essas que já eram citadas por Silva *et al*, (2020) quando descreve que a aromaterapia é utilizada para diminuição da ansiedade, estresse, dor, autoestima, sensação de bem-estar e equilíbrio e nas mais diversas áreas clínicas devido a sua gama de benefícios. E, portanto, é importante que os profissionais de saúde aprendam sobre as indicações da aromaterapia para que ela seja uma prática de cuidado segura e aplicada a partir de conhecimentos prévios e não apenas por fazer.

Também nesse contexto surgem os resultados dos estudos 4 e 7, 10 e 11 mostrando os benefícios do uso de óleos essenciais e seus mecanismos de ação no sistema nervoso central pois quando inalado, o aroma aciona os receptores sensíveis através do cérebro, envolvendo partes neurológicas específicas e substâncias que se harmonizam de forma inebriante, resultando em alterações físicas e psicológicas que resultam efetivamente na redução da dor e da ansiedade. O sistema límbico é conhecido como o cérebro emocional, a partir de diferentes resultados sabe-se que há uma profunda integração entre os aspectos emocionais, os cognitivos e os homeostáticos, de modo que sua identificação compreende as respostas fisiológicas do organismo diante de diversas situações enfrentadas pelos indivíduos. Assim, identifica-se que as áreas cerebrais que estão envolvidas no controle motivacional, na cognição e na memória fazem conexões com diversos circuitos nervosos

e por meio de neurotransmissores promovem respostas fisiológicas que conectam o organismo ao meio e à inervação de estruturas viscerais, importantes à manutenção do meio interno (LANOTTE *et al*, 2005). Já o sistema nervoso autônomo simpático está diretamente envolvido com a chamada luta e/ou fuga. Algumas situações estão relacionadas ao mecanismo da neurocepção, fazendo com que o indivíduo possa agir conforme sua percepção de segurança ou ameaça dependendo do local onde ele se encontra ou quem está ao seu redor. Essa percepção pode ser dada, por exemplo, pelo tom da voz, pelo toque, pelos movimentos, pela confiança que a pessoa transmite, por expressões faciais do sujeito com quem ela se comunica, entre outras relações intrínsecas da pessoa (PORGES, 2003). Por conta disso, acredita-se que a utilização de métodos não farmacológicos, mais precisamente a aromaterapia, possa trazer segurança e tranquilidade para a parturiente no momento do trabalho de parto e parto e conseqüentemente redução do tempo de duração da fase ativa, da dor e todos os sentimentos que rodeiam esse momento.

Conforme mostrado no estudo sete, é importante trazer a informação de que diversos óleos essenciais foram utilizados durante os estudos analisados, entretanto, o de lavanda foi considerado o óleo que promoveu maior redução na dor e na duração do trabalho de parto. Portanto, em nível mundial, a lavanda tem sido o aroma mais ofertado nos momentos de assistência obstétrica devido sua composição rica em ésteres capaz de combater o estresse e promover o relaxamento na mulher assistida de forma imediata.

Outro aspecto encontrado na análise dos artigos, ressalta-se a liberação de beta endorfinas durante a utilização de métodos de alívio da dor. Essas substâncias são os chamados “opióides endógenos”, que têm a capacidade de gerar respostas analgésicas e adaptações aos estresses da dor. Elas ativam os centros cerebrais de recompensa para o prazer, estimulando a sensação de bem-estar (BIRGER, 1989). A partir dos resultados encontrados percebeu-se que o uso da aromaterapia, é responsável por emitir sensações de prazer e relaxamento para as mulheres em fase ativa do trabalho de parto, suportando a dor de uma maneira menos intervencionista.

Entende-se também a importância dos cinco sentidos para a sobrevivência humana. A partir disso, estudou-se os mecanismos de ação da aromaterapia e foi evidenciado no estudo 5 que o olfato é um dos sentidos mais relevantes para a aplicação desse método, pois os receptores estimulam as células olfativas ligando a via do trato olfatório com o sistema límbico, assim a aplicação do óleo essencial pode influenciar nas respostas do corpo como: diminuindo frequência cardíaca, auxiliando na respiração e uma diminuição da resposta ao estresse e diminuição da dor (HABANANANDA, 2004).

É relevante salientar que a gestação envolve uma importante abordagem psicológica, de seus medos, inseguranças e sentimentos em relação ao trabalho de parto e parto, sendo

esse um processo de muitas mudanças na vida da mulher e todos esses sentimentos serão aflorados no momento do parto, reforçando-se a importância da singularidade e do cuidado diferenciado e individual para cada parturiente (PEREIRA, *et al.*, 2020).

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude dos fatos mencionados, sabemos que a equipe multiprofissional de saúde, principalmente a enfermeira obstetra, possui um papel fundamental quanto ao resgate da assistência humanizada durante o parto, a fim de proporcionar respeito à fisiologia feminina e a desmedicalização no cuidado à mulher e ao recém-nascido. Deste modo, cabe a esses profissionais apropriar-se de conhecimentos técnico-científicos quanto a manejos não farmacológicos eficazes, aplicando-os e promovendo uma assistência pautada na integralidade e singularidade de cada paciente.

Sabemos que a dor está diretamente relacionada ao ato de “dar a luz” e que a mesma pode provocar uma experiência negativa durante esse processo devido ao alto nível de sofrimento da mulher envolvida. Portanto, cabe ao profissional obstétrico aplicar meios não farmacológicos capazes de liberar beta endorfinas no organismo da paciente, gerando respostas analgésicas, ou seja, garantindo a diminuição do estresse e alívio da dor. Isto posto, a mulher terá a possibilidade de concentrar-se nas demais emoções geradas no período de parto.

A aromaterapia é indubitavelmente um manejo importante a se incluir durante os períodos pré-parto e parto, pois além de ser uma intervenção simples e de baixo custo, ela fornece à mulher assistida sensações de relaxamento, diminuição nos níveis de ansiedade e alívio da dor provocadas durante o processo de parto. A partir disso, essa terapia consequentemente auxilia na promoção de uma experiência acolhedora, humanizada e segura aos indivíduos envolvidos neste processo de cuidado.

Sabe-se que medo, ansiedade e dor são situações que reforçam a produção de adrenalina no organismo humano, e consequentemente, inibe a produção de ocitocina no mesmo. Portanto, considera-se atribuição da enfermeira obstétrica a promoção de estratégias eficazes durante o trabalho de parto e no parto com o intuito de reduzir o medo, a ansiedade e a dor na mulher assistida, inibindo a adrenalina e dessa forma, promovendo a retomada da ocitocina, dita “hormônio do amor”, durante esses processos.

Portanto, faz-se necessária a contínua elaboração de estudos buscando novos métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto, além da aromaterapia, com o propósito de capacitar as equipes multiprofissionais que atuam no setor obstétrico e promover um cuidado humanizado, com olhar integral e individual a cada paciente assistida.

■ REFERÊNCIAS

1. BASSAN, A.E.V.; BARBOSA, L.L; PÁRRAGA, M.B.B. **Aspectos Psicológicos Relacionados ao Período Gestacional: Uma Revisão Bibliográfica**. TCC-Psicologia, 2018.
2. BIRGER, O.T.K. **Increase of plasma β -endorphins in connective tissue massage**. General Pharmacology: The Vascular System, Volume 20, Issue 4, P.487-489. 1989
3. CUNHA, M.C.; VIEIRA, L.B.; OLIVEIRA, L. L.; CAMPOS, P.M.; BELLOTTO, P.C.B; GOUVEIA, H.G. **Competências essenciais para prática da enfermagem obstétrica: revisão integrativa**. Saúde Da Mulher E Do Recém-Nascido: Políticas, Programas e Assistência Multidisciplinar. Editora Científica Digital, 1ª Ed., v.1, pp 44-60. 2021.
4. COOPER, H.M. **Scientific guidelines for conducting integrative research reviews**. Review of Educational Research, v.52, n.2, p. 291-302. 1982.
5. DAVIS-FLOYD, R. **The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth**. International Journal of Gynecology and Obstetrics , v.71, supl.1, p.5-23. 2001.
6. DIAS, E.G.; FERREIRA, A.R.M.; MARTINS, A.M.C; NUNES, M.M.J; ALVES, J.C.S. **Eficiência De Métodos Não Farmacológicos Para Alívio Da Dor No Trabalho De Parto Normal**. Enfermagem em Foco, v.9, s.2. 2018.
7. DI VITO, M.; CACACI, M.; MARTINI, C.; BARBANTI, L.; MONDELLO, F.; SANGUINETTI, M; BUGLI, F. **A aromaterapia é eficaz em obstetria? Uma revisão sistemática e meta-análise**. Phytotherapy Research, 2020
8. FREITAS, F.; COSTA, S.H.M; RAMOS, J.G.L; MAGALHÃES, J.A. **Assistência ao parto**, In: Rotinas em obstetria. [recurso eletrônico] 6. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2011.
9. HABANANANDA, T. **Non-pharmacological pain relief in labour**. J Med Assoc Thai. v.87 S. 3: p.194-202. Out, 2004.
10. KAPPAUN, A.; COSTA, M.M.M. **A institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica**. Revista Paradigma, Ribeirão Preto-SP, v. 29, n. 1, p. 71-86, jan/abr 2020.
11. LANOTTE, M.; LOPIANO L.; TORRE E.; BERGAMASCO, B.; COLLOCA, L.; BENEDETTI, F. **Expectation enhances autonomic responses to stimulation of the human subthalamic limbic region**. Brain Behav Immun. v.19, n.6, p.500-9, 2005.
12. MARINS, R.; CECAGNO, S.; GONÇALVES, K.; BRAGA, L.; RIBEIRO, J.; SOARES, M. **Tecnologias de cuidado para o alívio da dor na parturição**. Rev. Pesquisa, V.12, p.275-280, jan.- dez.2020.
13. NARCHI, N.Z.; CRUZ, E.F.; GONÇALVES, R. **O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil**. Ciênc Saúde Coletiva [Internet] v.18, n4, p.1059-68. 2013.
14. PEREIRA, A.C.C.; COSTA, A.LM.L.; COSTA, A.B.; GEBER, B.; ALKMIM, B.F.; CAMARANO, G.C.V.; GLÓRIA, R.R.; NOGUEIRA, T.M.; RIPARI, V.A.; LOPES, A.G. **Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto: revisão sistemática**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v.12, n.10, out, 2020.

15. PORGES, S.W. **The polyvagal theory: Phylogenetic contributions to social behavior.** *Physiology & behavior*, v.79, n., p. 503-513, 2003.
16. RUSSO, J.; NUCCI, M.; SILVA, F.L.; CHAZAN, L.K. **Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado.** *Mana*, v.25, n.2, p. 519-550, Set, 2019.
17. Santa Catarina. Lei n.17097 de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no estado de Santa Catarina. Florianópolis: DOE, 2017.
18. SENA, C.D.; SANTOS, T.C.S.; CARVALHO, C.M.F.; SÁ, A.C.M.; PAIXÃO, G.P.N. **Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil.** *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 2, n. 3, p. 523 - 529, dez. 2012.
19. SILVA, J.A.; RIBEIRO-FILHO, N.P. **A dor como um problema psicofísico.** *Revista Dor*. v. 12, n.: p. 138-151, Jun, 2011.
20. SILVA, M.A.N.; COELHO, O.P.; NEVES, P.R.; SOUZA, A.R.L; SILVA, G.B.; LAMARCA, E.V. **Acerca De Pesquisas Em Aromaterapia: Usos E Benefícios À Saúde.** *Rev. Ibirapuera*, n. 19, p. 32-40, jan/jun 2020.
21. TILLET, J.; AMES, D. **The uses of aromatherapy in women's health.** *J Perinat Neonatal Nurs*, v. 24, n. 3, p.238-45, Jul-Sept, 2010.

Violência obstétrica no cotidiano das maternidades: uma revisão integrativa de literatura

| **Maria Luiza Maués de Sena**

Universidade Federal do Pará - UFPA

| **Diego Pereira Rodrigues**

Universidade Federal do Pará - UFPA

| **Valdecyr Herdy Alves**

Universidade Federal Fluminense - UFF

| **Silvio Éder Dias da Silva**

Universidade Federal do Pará - UFPA

| **Andressa Tavares Parente**

Universidade Federal do Pará - UFPA

| **Elisângela da Silva Ferreira**

Universidade Federal do Pará - UFPA

| **Jannaina Campos Beviláqua**

Universidade Federal do Pará - UFPA

| **Malena da Silva Almeida**

Universidade Federal do Pará - UFPA

| **Sabrina Vieira Ricardo da Silva**

Universidade Federal do Pará - UFPA

| **Felipe Souza Nascimento**

Universidade Federal do Pará - UFPA

RESUMO

Objetivos: Identificar e discutir as principais situações e condicionantes para a violência obstétrica e fatores para o enfrentamento. **Método:** Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, com busca nas bases de dados Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, Bases de dados de Enfermagem e na biblioteca Scientific Electronic Library Online, obtendo 15 artigos elegíveis para compor a revisão. **Resultados:** Emergiram 3 categorias temáticas, respectivamente: 1) Principais características da violência obstétrica, onde pode-se definir como malefícios ocasionados por profissionais de saúde no decorrer da assistência do pré-natal, parto, puerpério e abortamento; 2) A formação profissional pautada no modelo biomédico, sendo esse um dos principais empecilhos para a prática da humanização no parto e nascimento; 3) A importância da humanização do parto, que visa oferecer uma assistência agradável por parte dos profissionais de saúde, pois por intermédio desses, há o estímulo ao protagonismo do parto. **Conclusão:** a violência obstétrica é um acontecimento que gera grande abalo à saúde da mulher e da criança, influenciando negativamente seus conceitos e as percepções acerca do parto, logo, deve-se incentivar as boas práticas na assistência ao parto, a fim de diminuir as intervenções desnecessárias.

Palavras-chave: Enfermagem, Obstetrícia, Saúde da Mulher, Violência Obstétrica.

■ INTRODUÇÃO

No contexto da evolução dos processos de saúde, o ato de parir passou por diversas modificações altamente relevantes relacionadas à melhor forma de ser realizado. Ao longo da história, a assistência ao parto era incumbência das parteiras leigas, as quais as performances se baseavam nas práticas vivenciadas no seu cotidiano. Todavia, estas mulheres eram constituídas em grande parte de alguém de confiança das mulheres grávidas. Dessa forma, o trabalho de parto e o parto eram exercidos no âmbito doméstico, tendo seu processo fisiológico mantido (POMPEU *et al.*, 2017).

Ao longo deste cenário, havia elevados índices de mortalidade materna, o que colaborou para o aumento das hospitalizações. Desse modo, como estratégia de redução da mortalidade, se estabeleceu o hospital como o melhor local para se parir. A institucionalização do parto favorece exponencialmente a utilização dos meios de medicalização, mulheres eram submetidas a intervenções constantes e desnecessárias. Assim, ascendeu aos atos oriundos da própria assistência, ocasionando em situações de violência obstétrica, violando os direitos sexuais e reprodutivos (NASCIMENTO *et al.*, 2019).

Atualmente no Brasil, a grande parte dos partos realizados acontecem com forte processo de medicalização do nascimento, havendo interferências impróprias e iatrogênicas. Ademais, ocorre o distanciamento da grávida da família, também, pouca privacidade e atitudes que eximem a sua autonomia. Esses dados atestam que uma em cada quatro gestantes sofrem algum tipo de violência no decorrer do atendimento (MENEZES *et al.*, 2020).

O processo de institucionalização do parto por intermédio do monopólio dos médicos acerca da retenção dos conhecimentos obstétricos proporcionou um receio na realização dos partos normais. Ademais, esta medida causou à mulher uma maior dependência hospitalar, deixando-a mais sensível às diversas intervenções médicas. O processo de parto transformou a mulher em um ser frágil e dependente, tendo que ser atendidas pelos médicos para evitar futuras problemáticas no corpo feminino e bebê, uma vez que o ato de parir seria considerado de risco e que necessitam ser “consertados”. Portanto, a mulher deveria ser responsabilidade dos médicos para que a segurança no parto seja garantida. (TRAJANO; BARRETO, 2021)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) de forma isolada define violência como: “uso intencional de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação”. Dessa forma, o ato de violência é tido como algo intencional. O Ministério da Saúde alega que a palavra: violência obstétrica “tem conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação-parto-puerpério”, pois acredita-se que o profissional de saúde e outras áreas, não têm objetivo de causar dano. Deste modo, o MS dedica-se em ações de

aproximação com a academia, conselhos de especialidades e sociedades científicas para discussões ampliadas (FEBRASGO, 2019).

Todavia dentro o meio acadêmico, o termo é frequentemente utilizado, sendo classificados como violência obstétrica, por exemplo, toques vaginais sem autorização e constantes, a prática da episiotomia sem indicação e a permissão da gestante, manobra de Kristeller, uso antecipado da ocitocina, proibição para comer ou andar, inibindo assim sua autonomia e escolha. Também, existem as agressões verbais, com palavras e atos que possam menosprezar ou causar transtornos psicológicos à mulher. Essas atitudes inapropriadas e perigosas ferem os direitos das mulheres em relação à autonomia dos seus corpos. Sendo assim, quando há atos impostos de cunho mandativo, sem autorização para prosseguir com os procedimentos, agindo contra os seus direitos de livre escolha sobre o seu corpo e suas vontades durante a gravidez, parto, pós-parto ou situação de abortamento, trata-se de um ato de violência obstétrica (SAMPAIO; TAVARES; HERCULANO, 2019).

Algumas mulheres sofrem violência em trabalho de parto e no parto devido fatores como etnia e gênero, também pela vulnerabilidade social, o poder aquisitivo baixo e até mesmo a idade. Essas atitudes anulam a autonomia da mulher, pois fazem uma apropriação indevida de seus corpos e sendo tratadas como objetos, sem receber empatia e desrespeitadas durante o momento mais importante de suas vidas que é a maternidade. Portanto, essas interferências acontecem com grande incidência nas maternidades, onde as grávidas em muitos casos não recebem nenhuma informação ou pedido para realizar os procedimentos. A autonomia é ignorada sobre sua sexualidade ou seu próprio corpo, tratando como patológico o processo natural de parturição (TRAJANO; BARRETO, 2021).

Diversas medidas foram tomadas na tentativa de alterar o modelo hospitalocêntrico. Ademais, na primeira década de 2000, o Ministério da Saúde iniciou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Para uma assistência ao parto de qualidade, a humanização é fundamental. Desse modo, a ambiência integra as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), como o marco para a humanização e mudanças na assistência no país, para o respeito da população (PASCHE *et al.*, 2020).

Com o intuito de criar uma assistência ao parto de melhor qualidade e garantir o direito à saúde às mulheres e crianças, em 2011, o Ministério da Saúde, em parceria com o CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) estabeleceu a Rede Cegonha (RC), por meio da Portaria GM/MS 1.459 de 2011 (revogada pela Portaria de consolidação nº 3 e nº 6 de 2017), que tem como objetivo assegurar uma rede de cuidados materno e infantil. Ademais, esta normatização se embasou nas diretrizes de Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS e de atenção ao parto e nascimento da Organização Mundial de Saúde (SILVA *et al.*, 2021).

A partir desses referenciais teóricos, o estudo tem como objetivo identificar e discutir as principais situações e condicionantes para a violência obstétrica e fatores para o enfrentamento.

■ MÉTODOS

Trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL), que é uma metodologia que possui o intuito de sintetizar resultados alcançados em buscas acerca de um tema ou questionamento, de forma sistemática, organizada e ampla. Ademais, intitulada integrativa pois proporciona subsídios mais vastos sobre um assunto/problema, estabelecendo, portanto, um corpo de conhecimento (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Para a construção da revisão integrativa é necessário seguir seis fases distintas, sendo essas a especificação do tema e escolha da hipótese ou questão de pesquisa; determinação dos critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem recolhidas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

Na primeira fase foi elaborada a pergunta norteadora, construída através da estratégia mnemônica PCC (População, Conceito e Contexto), onde a População foi constituída pelas parturientes; o Conceito relaciona-se aos estudos acerca da violência obstétrica; e o Contexto compreendido foram os profissionais de saúde. Assim, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: Quais os fatores, situações e condicionante para a ocorrência da violência obstétrica e conjunturas para enfrentamento?

As produções foram localizadas no mês de dezembro de 2021 nas bases de *dados Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences* (LILACS), Bases de dados de Enfermagem (BDENF), biblioteca *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), usando os descritores indexados (DeSC-BIREME): enfermagem; obstetrícia; violência obstétrica; maternidades; cuidados de enfermagem, utilizando os operadores booleanos AND.

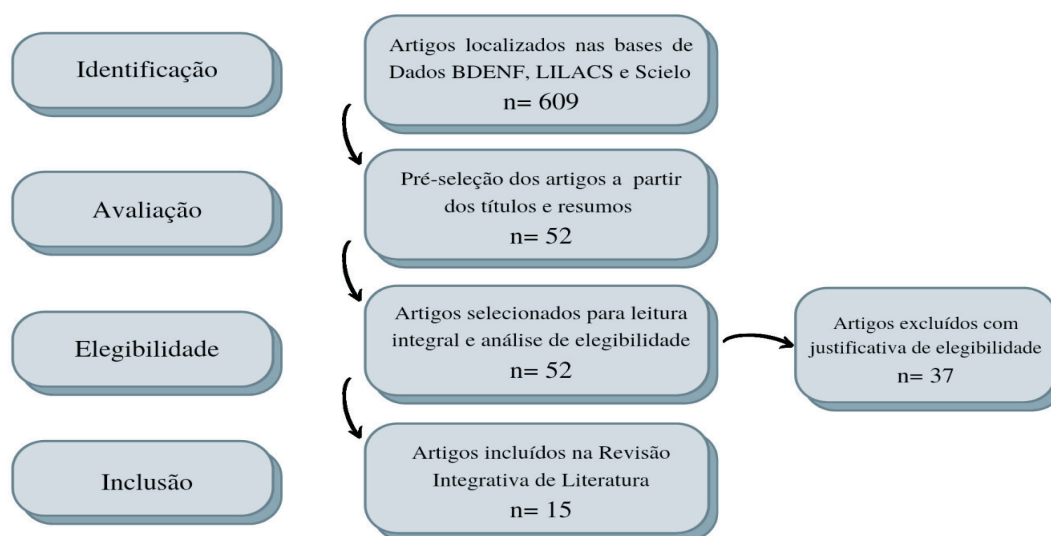
No decorrer da pesquisa, utilizou-se as seguintes expressões: violência obstétrica and enfermagem; violência obstétrica and cuidados de enfermagem; violência obstétrica and maternidades; violência obstétrica and obstetrícia; violência obstétrica and enfermagem and cuidados de enfermagem; violência obstétrica and maternidades and obstetrícia. Enfatiza-se a delimitação dos últimos cinco anos como recorte temporal (2017 a 2021), para a estratégia de pesquisa.

A seleção das produções foi feita de forma duplo independente, com vistas a possíveis vieses nessa etapa. Os critérios de inclusão foram: artigos no idioma português e publicados entre 2017 e 2021, com intuito de abarcar as publicações mais recentes. Foram excluídas as

produções referentes a: teses, dissertações, editoriais, resumos e carta de opinião e artigos fora do corte temporal estabelecido ou em outros idiomas.

Foram localizadas 609 produções utilizando as estratégias de busca, com a leitura dos títulos e resumos foram excluídos 557 estudos, devido às repetições como artigos duplicados, fora dos critérios ou metodologias que não contemplavam a questão norteadora, com fuga ao tema. Perfazendo 52 artigos selecionados para leitura na íntegra e com a aplicação dos critérios de elegibilidade, foram excluídos 37 estudos, totalizando 15 como bibliografia potencial para a análise, conforme descrito na Figura 1.

I Imagem I - Prisma do fluxo do processo da revisão de literatura, Brasil, 2021.



Fonte: Sena et al. (2022).

As produções que se apresentaram repetidas foram consideradas apenas uma vez. Para a extração dos dados dos estudos selecionados, a **figura 1**, utilizou-se um formulário de coleta de dados, contendo informações sobre a identificação do estudo e de conteúdo, descrito no **quadro I**. A síntese final desenvolveu-se na forma descritiva, no que se refere aos resultados e às conclusões obtidas de cada um dos estudos.

Na análise crítica dos estudos selecionados, fez-se a extração dos dados dos artigos observando os aspectos metodológicos e a familiaridade entre os resultados encontrados, possibilitando iniciar o processo de análise na revisão integrativa. Em relação ao tratamento dos dados, foi aplicado o método de análise de conteúdo (BARDIN, 2011), que propiciou o agrupamento do conteúdo estudado em categorias. Por intermédio do processo realizado na análise, emergiram as seguintes categorias temáticas: 1) Principais características da violência obstétrica; 2) A formação profissional pautada no modelo biomédico; 3) A importância da humanização do parto.

Ademais, fomenta-se que, por meio da citação fidedigna das ideias, conceitos e definições empregadas pelos autores das produções utilizadas como resultados no presente estudo, os aspectos éticos foram preservados e respeitados.

■ RESULTADOS

Para elaborar as discussões desta pesquisa foram analisados 15 artigos científicos para critério de inclusão estabelecidos previamente. No **quadro 1** estão descritos os artigos incluídos nesta revisão integrativa de literatura.

Tabela I. Caracterização dos artigos selecionados, Brasil, 2021.

Base de dados	Título	Método	Conclusão	Ano
Scielo	À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS	Estudo qualitativo exploratório e pesquisa documental.	Identificaram-se práticas de violência obstétrica, que muitas vezes eram banalizadas pelas próprias mulheres em consonância ao que elas esperavam de um atendimento público.	2017
Scielo	O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica	Estudo descritivo-exploratório, de natureza qualitativa.	A Lei do Acompanhante precisa ser melhor divulgada como direito reprodutivo do casal, garantindo a segurança do processo parturitivo e inibindo atos de violação em seus direitos.	2017
Scielo	“Revés de um parto”: relatos de mulheres que perderam o filho no período neonatal	Estudo qualitativo.	Fica evidente a importância de criação de estratégias para promover e assegurar o cuidado humanizado no atendimento ao parto e nascimento.	2018
Scielo	A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características	Revisão integrativa da literatura.	A violência obstétrica retrata uma violação dos direitos humanos e um grave problema de saúde pública, revelada nos atos negligentes, imprudentes, omissos, discriminatórios e desrespeitosos praticados por profissionais de saúde e legitimados pelas relações simbólicas de poder que naturalizam e banalizam sua ocorrência.	2018
Scielo	Satisfação no parto normal: encontro consigo	Estudo qualitativo, exploratório e descritivo.	O empoderamento favorecido e sentido pela mulher na vivência do parto normal, reforça a premência de investimentos para efetivar transformações socioculturais que sustentam o nascer no Brasil.	2018
Scielo	Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil	Estudo qualitativo, exploratório e descritivo.	Adequações simples da ambiência e treinamento dos profissionais para atender partos em posições não supinas podem contribuir para promover mudanças.	2019
Scielo	Um corte na alma: como parturientes e doulas significam a violência obstétrica que experienciam	Estudo descritivo.	A informação, que deveria ter sido ferramenta para garantia de direitos, funcionou e instrumentalizou a violência.	2019

Base de dados	Título	Método	Conclusão	Ano
Lilacs	Violência obstétrica: percepções de enfermeiros obstétricos em uma maternidade de Minas Gerais	Estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa.	É necessário a percepção da violência obstétrica e o reconhecimento da violência obstétrica por parte dos enfermeiros obstétricos na sua prática profissional, pois uma das iniciativas relacionadas à humanização da assistência obstétrica é o novo modelo de assistência ao parto e nascimento que fundamenta-se na atenção prestada por este profissional.	2019
SciELO	A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa	Revisão integrativa.	Espera-se contribuir para a discussão sobre a elaboração de medidas que garantam o direito da mulher quanto à sua participação na escolha da via de parto, possibilitando a escolha informada e resgatando a autonomia das mulheres em seu processo gravídico-puerperal.	2020
SciELO	Violência obstétrica: a abordagem da temática na formação de enfermeiros obstétricos	Estudo descritivo, de abordagem qualitativa.	Por meio do Discurso do Sujeito Coletivo, foi possível observar, parcialmente, a importância da formação dos Enfermeiros, visto que possibilitam a contribuição de cuidado integral, corroborando para um processo fisiológico, que pode reduzir a violência obstétrica.	2020
SciELO	Violência obstétrica e o atual modelo obstétrico, na percepção dos gestores em saúde	Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa.	Cabe aos gestores propiciar o processo de formação dos profissionais de saúde em prol de uma atuação que respeite as evidências científicas, a centralidade e os eixos das políticas e recomendações no campo da saúde sexual e reprodutiva, sobretudo à mulher quanto a sua autonomia.	2020
SciELO	A violência obstétrica na percepção das múltiplas	Estudo qualitativo descritivo.	A violência obstétrica nas instituições de saúde é fato vivenciado por muitas mulheres. O trauma sofrido as acompanha ao longo da vida. É preciso evitar a naturalização de práticas violentas durante o processo de parto/nascimento garantindo um cuidado respeitoso e sem discriminação.	2020
SciELO	O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições	Estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa.	O estudo aponta que as residentes reconhecem a prática da violência obstétrica no processo de formação e suas repercussões para a mulher e, ainda, evidencia a necessidade premente de investimento institucional em espaços que promovam discussões sobre a violência obstétrica.	2020
SciELO	Ampliando vozes sobre violência obstétrica: recomendações de advocacy para enfermeira(o) obstetra	Estudo multicêntrico com tratamento dos dados por estatística descritiva e análise temática.	O debate incrementa a humanização e a governança compartilhada. Recomendações propostas para advocacy coadunam com a perspectiva global da promoção de saúde das mulheres e liderança social.	2021
SciELO	Incidentes na assistência das parturientes e recém-nascidos: perspectivas das enfermeiras e médicos	Estudo qualitativo.	Os incidentes são erros e danos, cuja prevenção requer qualificação do processo e estrutura da assistência, comprometimento dos profissionais e gerentes com a segurança das pacientes, e mudanças na cultura organizacional que também abarquem o enfrentamento da violência institucional obstétrica.	2021

Principais características da violência obstétrica

A maioria dos partos no Brasil possuem alta ocorrência de intervenções desnecessárias e iatrogênicas. Dessa forma, a expressão “violência obstétrica” caracteriza-se por malefícios ocasionados por profissionais de saúde no decorrer da assistência do pré-natal, parto, puerpério e abortamento. São exemplos frequentes os maus-tratos físicos, psicológicos e verbais, atos de intervenção desnecessários como episiotomia, obrigatoriedade da posição supina, manobra de Kristeller, tricotomia, enema, ocitocina de rotina, ausência de acompanhante e a cesariana sem indicação (MENEZES *et al.*, 2020).

Além disso, os indicadores e as pesquisas acadêmicas mostram que somente 5,6% das gestantes de risco habitual que pariram nos hospitais não sofreram alguma forma de intervenção, como a massante medicalização do parto, com altas taxas de intervenções, como cesarianas e amniotomia, baixa integração das boas práticas na assistência e a proibição da alimentação durante o trabalho de parto (NIY *et al.*, 2019).

A desvalorização à autonomia da mulher, acompanhada de práticas de intervenções sem elucidação e permissão, a falta de informação ou informações “enganosas” às gestantes, sendo a mais comum, as cesarianas recomendadas por motivos inverídicos ou astuciosos visando o custo benefício do profissional, entre outras práticas relacionadas com o parto, são considerados como violência obstétrica (ROCHA; FERREIRA, 2020).

A assistência de saúde abusiva no trabalho de parto e o parto violam os direitos humanos, mudando negativamente uma história da qual foi idealizada pela gestante e desencorajando-as na procura por cuidados futuros. Portanto, é tido como uma violência estrutural, pois as torna vulneráveis ao sofrimento e até mesmo à morte (SILVA *et al.*, 2020).

Frequentemente, é possível ouvir relatos ou até mesmo presenciar a prática de profissionais médicos que tiram proveito da dor do parto para incentivarem a escolha das grávidas pela cesariana, com a “desculpa” de ser mais rápida, segura e menos sofrida, todavia a verdadeira intenção é apenas tornar o parto mais “prático” e lucrativo (SILVA *et al.*, 2018).

Em síntese, pode-se definir a violência obstétrica como uma ameaça aos direitos à vida, à saúde e à integridade física. Uma vez que, engloba procedimentos técnicos coercivos ou não autorizados, rejeição em administrar analgésicos e negligência durante o parto, tal como, a ausência de sigilo, violação da privacidade, recusa de internação em instituições de saúde e manter puérperas nas instituições mesmo depois do período de alta pós-parto, por ausência de pagamento (ZANCHETTA *et al.*, 2021).

A formação profissional pautada no modelo biomédico

O modelo biomédico de assistência ao parto é um dos principais empecilhos para a prática da humanização no parto e nascimento, tratando-se de um enclave que repercute sobre a saúde de mães e recém-nascidos. Ademais, há uma grande resistência, principalmente por parte de profissionais médicos e instituições, devido a emancipação do parto como atenção exclusiva do médico e pela mudança de práticas de rotina prejudiciais. Todavia, mesmo com o empenho em torno da humanização, ainda se mantém a assistência onde sobressai o abuso de poder e a violência contra as parturientes (ANUNCIACÃO *et al.*, 2018).

Muitos dos profissionais de saúde responsáveis pela violência obstétrica têm dificuldade de se identificar como o autor de tais atos, pois as práticas realizadas são tidas como naturais, justificadas e necessárias, com o intuito de trazer “benefícios” às pacientes e seus filhos, o que justifica suas ações errôneas. Essa forma de agir é enraizada em métodos inadequados de ensino, onde há a banalização da violência obstétrica, sendo naturalizada como “brincadeiras” e “piadas” por parte dos profissionais de saúde. Outrossim, criou-se o costume da violência obstétrica ser algo comum, onde as próprias pacientes difundem essa realidade para outras mulheres como algo normal da vida cotidiana nas maternidades (JARDIM; MODENA, 2018).

A violência institucionalizada nas maternidades do Brasil, expõe, portanto, uma ligação conflitante entre os profissionais e grávidas, sendo assim caracterizada por uma relação marcada pela falta de comunicação de profissionais da saúde, o que aumenta ainda mais o sofrimento dessas mulheres (ANUNCIACÃO *et al.*, 2018). Pois, o corpo da gestante por muitas vezes é tratado como um objeto, principalmente nos hospitais escola, onde estudantes e professores tratam as grávidas como mero “estudo de caso”, sendo, inviabilizadas perante seus direitos e impossibilitadas de exercer sua autonomia no momento do parto (SAMPAIO, 2019).

Portanto, o primeiro passo para driblar a banalização da violência obstétrica seria os profissionais de saúde entenderem quais as suas características, uma vez que a violência é tida como algo do cotidiano dos profissionais, a violência passa a ser aceita, transformando-se em atos “necessários da assistência”, dominando o conhecimento técnico-científico das práticas hospitalares (MIRANDA, 2019).

A importância da humanização do parto

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi criado pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM n. 569, de 01/06/2000. Ademais, reforça que as parturientes devem ser tratadas com respeito, sempre tendo acesso aos conhecimentos fundamentados

nas evidências e tendo autonomia nas suas escolhas. Portanto, os profissionais que prestam a assistência devem criar uma relação de confiança com as grávidas, indagando-as sobre suas vontades e esperanças. Sempre incluí-las nas decisões acerca dos seus corpos, trazendo uma participação ativa, a fim de facilitar o nascimento e não amedrontá-las (RIBEIRO, 2020).

Caracterizado como um movimento contrário aos exageros tecnocratas de assistência ao parto, a humanização do parto busca novas formas de vivenciar as experiências durante o ato de parir, conectando a gestante de forma holística com seus aspectos pessoais, como o corpo, família, sociedade, saúde e com os profissionais de saúde, portanto, reconstruindo uma noção fisiológica do parto (PEDROSO; LÓPEZ, 2017).

O processo de humanização visa oferecer uma assistência agradável por parte dos profissionais de saúde, pois por intermédio desses, há o estímulo ao protagonismo do parto. Logo, é imprescindível que seja mantido uma boa relação com as parturientes durante o parto, sendo realizadas elucidações acerca de cada procedimento, valorizando o envolvimento ativo e respeitando este momento tão especial e único na vida da mulher (ANUNCIAÇÃO *et al.*, 2018).

Nos últimos anos, foram criadas algumas medidas para fomentar o modelo de humanização do parto com o intuito de proporcionar uma assistência menos intervencionista, fundamentada em evidências científicas acerca dos riscos e benefícios para a saúde da mulher e do bebê, com a participação ativa da mulher, atentando aos aspectos socioculturais e emocionais do parto. Visto isso, podemos citar algumas estratégias governamentais que visam melhorar a assistência à saúde materno-infantil, como por exemplo a implementação da Estratégia Rede Cegonha (BRASIL, 2011) e a incorporação às “boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”, estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde desde a década de 1990 (WHO, 1996). Também, a humanização do parto vem sendo constantemente discutida no âmbito da sociedade civil, havendo mobilizações em prol da busca dos direitos da mulher e do recém-nascido (PEDROSO; LÓPEZ, 2017).

A humanização deixa claro que o parto trata-se de um processo fisiológico da mulher, podendo ser associado a sentimentos e atitudes biopsicossociais ou culturais tanto negativas quanto positivas. Sendo um acontecimento impactante, regado de preocupações, mas que também transborda emoção da mulher que se transforma em mãe. E para que esse evento ocorra, é fundamental a presença de um acompanhante de seu agrado para prestar o apoio à esta mulher, diminuindo assim fatores estressores e afastando a ansiedade (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Muitos profissionais de saúde atuam no favorecimento à humanização do parto, com atitudes que buscam realizar uma assistência de qualidade à gestante, com o intuito de

frustrar qualquer tipo de violência obstétrica que viriam ocorrer nas maternidades por não prestar o atendimento necessário às mulheres. Dessa forma, o acolhimento humanizado feito pelos profissionais de saúde se define como uma relação de cuidado em que predomina os princípios básicos do respeito, da centralidade da mulher e do modelo de humanização da atenção obstétrica (PAULA *et al.*, 2020).

Além dessas medidas, para uma humanização do parto efetiva, deve haver primordialmente um conjunto de melhorias da assistência obstétrica, sendo essas: capacitação da equipe, comunicação eficaz, processo de trabalho aprimorado para o atendimento, cuidado focado na mulher, vigilância dos incidentes/eventos adversos e principalmente a garantia das medidas de segurança do paciente (RODRIGUES, 2021).

■ DISCUSSÃO

Os constantes casos de violência obstétrica acabaram por transformar tais atos como recorrentes no cotidiano das maternidades, visto que muitos profissionais de saúde enxergam como inerentes às suas práticas e rotinas da instituição em que trabalham, sendo tidas até mesmo como esperadas pelas pacientes. Ademais, há a predominância de uma assistência em que impera a utilização da influência de cargo, autoritarismo de profissionais, imposições, negligência e execração relacionada aos fatores emocionais e de cuidado ao pré-parto, parto e pós-parto imediato, onde se cria uma barreira inatingível entre profissional e paciente (SILVA *et al.*, 2018).

Dentro da maioria das maternidades, ainda existe uma propagação de procedimentos de rotina envolvendo o parto, perdurando principalmente por profissionais mais antigos do hospital, caracteriza-se assim essas atitudes por vícios profissionais extremamente danosos à promoção da saúde. Além disso, o êxito da assistência ao parto deve ser estruturado em dados científicos, com comprovação de sua eficácia, por isso a importância da educação permanente dos profissionais e a criação de setores que realizem essa capacitação.

O domínio do parto pela medicina se deu através da realocação do processo de parir, do estereótipo natural e caseiro para algo “artificial” e hospitalar. Com isso, instaurou a institucionalização parto e conseqüentemente dos corpos das grávidas, pois desde a admissão no hospital, são tipificadas como qualquer outro paciente, sendo despersonalizadas, assujeitadas e objetificadas. Posto isso, essa objetificação se inicia com métodos de padronização para internação e a ausência acerca das condutas e procedimentos que serão prestados, sem que para isso seja esclarecido. Portanto, essa falta elucidação está vinculada ao fato de que o profissional é o contenedor dos saberes e que não necessita argumentar acerca da ação de seus atos (SAMPAIO, 2019).

A violência obstétrica impacta de diversas formas a sociedade de modo geral, visto que impede o vínculo e a promoção da assistência de qualidade. Tais atos contribuem para que a percepção do parto pelas mulheres esteja associada à dor e sofrimento, assim banalizando da violência. Por conseguinte, a naturalização da violência obstétrica colabora para o crescimento e preservação dos índices de morbimortalidade materno-infantil mediante as constantes intervenções sem indicações e prestação de serviços que contribui para que ocorra a negligência, a imprudência e a imperícia.

Desse modo, as puérperas estão vulneráveis aos riscos e danos advindos da assistência inapropriada, desrespeitosa, discriminatória e iatrogênica, o que põe em dúvida a qualidade e efetivação dos direitos éticos da mulher, pois esse deve ser enraizado nos direitos humanos e da assistência à saúde resolutiva. Percebe-se ainda, a carência de indicadores que divulguem os abusos e negligências sofridos no parto, para que essa repercussão gere mudanças na sociedade em modo geral (RODRIGUES *et al.*, 2021).

As mulheres que têm conhecimento de seus direitos, compreendem o embasamento científico para um parto de qualidade e apresentam um plano de parto aos profissionais no momento da internação, recebem um tratamento diferenciado. Pois, as mulheres empoderadas e que sabem exatamente aquilo que desejam para si e para seu filho, não irão ser submissas as atitudes autoritárias de profissionais negligentes. Ademais, isso demonstra as péssimas condutas de algumas instituições em respeitar as gestantes menos escolarizadas, e incentiva questionamentos a respeito da equidade que deve ser cumprida pela equipe de saúde (NIY *et al.*, 2019).

Portanto, um estudo de revisão de literatura (NIY *et al.*, 2019) permitiu analisar que as mulheres mais estudadas têm maiores chances de parir em posição não supina, ao contrário das menos escolarizadas que recebem atendimento de pior qualidade. Dessa forma, deve-se ampliar as ações na atenção primária de saúde (APS), principalmente com as gestantes menos instruídas, com o intuito de que elas obtenham maiores esclarecimentos sobre seus direitos e elucidação acerca da violência obstétrica, sobretudo incentivando a construção do seu plano de parto (NIY *et al.*, 2019).

Conforme foi exposto, a violência obstétrica ocorre num momento de extrema aflição para as gestantes, uma vez que o ato de adentrar nos hospitais traz um significado de passividade sobre sua autonomia como parturiente, onde perde as rédeas da circunstância, pois se depara com um ambiente imprevisível e não familiar. Por conseguinte, o enfermeiro é o profissional de saúde que possui maior proximidade com a mulher, atuando como enfermeiro obstetra no parto normal sem distócia e através deste contato pode estar minimizando as interferências desnecessárias e assegurar uma atenção integral à mulher e a família.

A humanização da assistência deve-se fazer efetiva em todos os atendimentos realizados pelos profissionais de saúde, logo o primeiro passo para desenvolver esse cuidado é esclarecendo e sanando os questionamentos que a grávida ou acompanhante poderá possuir. Deve-se assimilar a individualidade de cada mulher e dessa forma humanizar seu atendimento, estabelecendo vínculos e percebendo suas carências e aptidões para vivenciar o processo de trabalho de parto. Também, assegurar a quebra das relações desiguais e autoritárias, tendo em vista que o profissional no lugar de “ter o controle da situação” irá assumir atitudes que agreguem maior bem-estar e visem a segurança da mulher e do bebê (LANSKY *et al.*, 2018).

Deste modo, a Rede Cegonha visava efetivar esse tipo de assistência por meio de um atendimento eficaz, seguro e humanizado para todas as mulheres, bem como garantir às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, possuindo quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança (BRASIL, 2011).

No entanto, esta portaria foi extinta com a criação da Portaria de nº 715, de 4 de abril de 2022, que fez valer a Rede de Atenção Materna e Infantil, portanto representando um retrocesso para saúde pública, uma vez que a Rede Cegonha, instituída em 2017, representa a política pública de assistência ao pré-natal, parto e puerpério que mais obteve êxito no Brasil. O Conselho de Enfermagem repudia tal portaria, já que a RAMI prioriza à atuação do médico obstetra sem contemplar a assistência às crianças e excluindo as enfermeiras obstétricas (COFEN, 2022).

A rotina constante de intervenções para acelerar o trabalho de parto pode propiciar diversas complicações à mulher e ao seu bebê. São exemplos dessas intervenções os exames realizados sem explicação e autorização da grávida, uso exacerbado de ocitocina e a posição litotômica para parir, sendo essas situações que contribuem negativamente para a eficácia do parto. A ocitocina e a amniotomia são usadas com o intuito de reduzir a duração do segundo tempo do trabalho de parto. Logo, mesmo com as preconizações da OMS para a assistência ao parto normal, a sua integração permanece diminuída por parte dos profissionais de saúde, pois a maioria das instituições visa o lado financeiro acima das questões éticas. Portanto, ainda que as boas práticas sejam superiores às de intervenções desnecessárias, a violência obstétrica ainda é vista como procedimento rotineiro.

Assim, a violência obstétrica deve ser enfrentada e trabalhada desde a formação, para que haja de forma efetiva mudanças na assistência obstétrica.

■ CONCLUSÃO

Dessa forma, a violência obstétrica é um acontecimento que gera grande abalo à saúde da mulher e da criança, influenciando negativamente seus conceitos e as percepções acerca do parto. Pode-se perceber ainda através da análise dos artigos que, grande parte dos casos não vêm à tona devido ao desconhecimento e subestimação da violência obstétrica como algo de rotina dentro das maternidades. Ademais, está relacionada às práticas assistenciais ultrapassadas, que ocorrem geralmente de forma concentrada na população de menor renda devido ao menor grau de estudo, logo, ausência de instrução sobre os atos que ferem sua autonomia e preceitos éticos como gestante.

Em suma, há muito a que se galgar a respeito das pesquisas científicas que tratam de desrespeito, abusos, maus tratos e violência contra a mulher. Deste modo, espera-se que o presente estudo contribua para a elucidar dúvidas, integrar saberes e proporcionar transformação na assistência realizada, mobilizando os profissionais de enfermagem contra a perpetuação da violência obstétrica, com o intuito de incentivar uma nova visão fundamentada na humanização.

■ REFERÊNCIAS

1. ANUNCIACÃO, P. S.; et al. “Revés de um parto”: relatos de mulheres que perderam o filho no período neonatal. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 12, p. e00190517, 2018.
2. BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2011.
3. BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
4. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Conselhos de Enfermagem repudiam desmonte da Rede Cegonha**. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2022.
5. ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 9-11, 2014.
6. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Posicionamento oficial do Ministério da Saúde sobre o termo Violência Obstétrica**. Brasília: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2019.
7. JARDIM, D. M. B.; MODENA, C. M. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, p. e3069, 2018.
8. LANSKY, S.; et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 24, n. 8, p. 2811-2823, 2019.

9. MENEZES, Fabiana Ramos de.; et al. O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. **Interface (Botucatu)**, v. 24, p. e180664, 2020.
10. MIRANDA, F. L.; et al. Violência obstétrica: percepções de enfermeiros obstétricos em uma maternidade de Minas Gerais. **HU Revista**, v. 45, n. 4, p. 415-20, 2019.
11. NASCIMENTO, Samilla Leal do.; et al. Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. **Revista Enfermería Actual**, v. 37, p. 1-14, 2019.
12. NIY, Denise Yoshie.; et al. Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 23, n. s/n, p. 1-16, 2019.
13. PASCHE, Dário Frederico.; et al. Transição do modelo de ambiência em hospitais que realizam partos na Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 887-896, 2021.
14. PAULA, E.; et al. Violência obstétrica e o atual modelo obstétrico, na percepção dos gestores em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 29, p. e20190248, 2020.
15. POMPEU, Kelen da Costa.; et al. Prática da episiotomia no parto: Desafios para a Enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, n. 1, p. 1-8, 2017.
16. PEDROSO, C. N. L. S.; LÓPEZ, L. C. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1163-1184, 2017.
17. RIBEIRO, D. O.; et al. A violência obstétrica na percepção das múltiparas. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 41, p. e20190419, 2020.
18. ROCHA, N. F. F.; FERREIRA, J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde debate**, v. 44, n. 125, p. 556-568, 2020.
19. RODRIGUES, D. P.; et al. O Descumprimento da Lei do Acompanhante como agravado à saúde obstétrica. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. e5570015, 2017.
20. RODRIGUES, G. T.; et al. Incidentes na assistência das parturientes e recém-nascidos: perspectivas das enfermeiras e médicos. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 2, p. e20200075, 2021.
21. SAMPAIO, Juliana.; TAVARES, Tatiana Lopes de Albuquerque.; HERCULANO, Thuany Bento. “Um corte na alma: como parturientes e doulas significam a violência obstétrica que experienciam”. **Revista Estudos Feministas**, v. 27, n. 3, p. e56406, 2019.
22. SILVA, Thalita Monteiro.; et al. Violência obstétrica: a abordagem da temática na formação de enfermeiros obstétricos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, p. eAPE20190146, 2020.
23. SILVA, Rafaela Camila Freitas da.; et al. Satisfação no parto normal: encontro consigo. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 39, p. e20170218, 2018.

24. SILVA, Luiza Beatriz Ribeiro Acioli de Araújo.; *et al.* Avaliação da Rede Cegonha: de-
volutiva dos resultados para as maternidades no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**,
v. 26, n. 3, p. 931-940, 2021.
25. TRAJANO, Amanda Reis.; BARRETO, Edna Abreu. Violência obstétrica na visão de
profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto.
Interface (Botucatu), v. 25, p. 1-16, 2021.
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in Normal Birth: a practical guide**. Gene-
bra: World Health Organization, 1996.
27. ZANCHETTA, M. S.; *et al.* Ampliando vozes sobre violência obstétrica: recomenda-
ções de advocacy para enfermeira(o) obstetra. **Anna Nery Rev. Enferm.** v. 25, n. 5,
p. e20200449, 2021.

SOBRE OS ORGANIZADORES

Ana Maria Aguiar Frias

Especialista em Enfermagem, Doutora em Psicologia, Mestre em Ecologia Humana, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Professora coordenadora no Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus (ESESJD) Universidade de Évora, atualmente leciona e é regente responsável pela Unidade Curricular (UC) de Anatomofisiologia II, nos cursos de Licenciatura em Enfermagem, e de Biologia Humana, e pelas UC de Enfermagem da gravidez, Anatomofisiologia Grávido-Puerperal e Preparação para o parto e para a parentalidade do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9038-8576>

Maria da Luz Ferreira Barros

Mestre em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade, Doutora em Psicologia, Professora Adjunta Membro da Comissão de Curso do Curso de Enfermagem, Membro da Comissão de Curso do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Detentora do título de Especialista na Área científica de Enfermagem.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5620-0162>

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abortamento: 164, 166, 176

Ácido Fólico: 102, 109, 111, 112, 113

Álcool: 118, 124, 129

Antropologia: 13

Aromaterapia: 180, 184, 185, 191

Atividade Física: 64

Autoestima: 76

B

Bem-Estar: 52, 70

Benefícios: 64, 109, 191

C

Comportamento Sexual: 87

Cultura: 23, 25

D

Desconforto: 39

Desconfortos: 44, 45, 46, 51

Diabetes Mellitus Gestacional: 156, 157, 159, 160

Dor do Parto: 181

Drogas: 125, 128, 129

E

Enfermagem: 22, 31, 34, 36, 37, 47, 50, 60, 61, 62, 83, 84, 85, 99, 100, 116, 128, 129, 147, 153, 154, 164, 166, 179, 190, 191, 193, 196, 199, 205, 206, 207

F

Feminismo: 164, 166

Feto: 109

G

Gestação: 60, 61, 97, 143, 161

Gravidez: 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 50, 52, 55, 61, 76, 93, 115, 128, 142, 143, 145, 147

I

Imagem Corporal: 85

Intervenção: 41, 69, 104, 105

M

Maternidade: 23, 129, 142

Medidas não Farmacológicas: 44, 45, 46

Mulheres Grávidas: 41, 42, 69, 79, 80, 104, 105, 107

N

Nutrição: 115

O

Obstetrícia: 40, 62, 85, 99, 100, 193, 206

P

Pandemia: 145, 147

Políticas de Saúde: 164, 166

Pré-Natal: 40, 49, 145, 147, 151

Prevenção: 55, 56, 61, 128, 156

Psicologia: 23, 128, 135, 136, 143, 190

S

Saúde da Mulher: 161, 193

Saúde Materna: 164, 166

Sexualidade: 93, 97, 99, 100, 153, 154

T

Tabaco: 125

V

Violência Obstétrica: 193, 206



editora
científica digital



VENDA PROIBIDA - ACESSO LIVRE - OPEN ACCESS

