

ANAIS DA V MESA REDONDA DE MORTALIDADE MATERNA E I SIMPÓSIO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Organização:

Residência em Enfermagem Obstétrica da UEL



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA



Apoio:



Apoiadores do Evento



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Ciência, Tecnologia
e Ensino Superior

**FUNDAÇÃO
ARAUCÁRIA**
Apoio ao Desenvolvimento Científico
e Tecnológico do Paraná

proex
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO

COMISSÃO ORGANIZADORA

- Aline do Nascimento de Andrade
- Ana Rita Arrigo Leonel
- Carolina Pitta Mazieiro
- Catia Campaner Ferrari Bernardy
- Daniela Biguetti Martins Lopes
- Gabriela Souza Alves Fraron
- Giovanna Moreira de Pontes
- Juliana Cristina Trevisan Santos
- Keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto
- Larissa Pereira Falavina
- Maria Elisa Wotzasek Cestari
- Mariana Charif Lakoski
- Natália Carolina Rodrigues Colombo
- Nathalia Jung Ferreira
- Priscila Lopes Nogueira
- Thelma Malagutti Sodré
- Wallans Messias Ortiz da Silva
- Yasmin Duque Franco
-

COMISSÃO CIENTÍFICA

- Catia Campaner Ferrari Bernardy
- Daniela Biguetti Martins Lopes
- Keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto
- Maria Elisa Wotzasek Cestari
- Natália Carolina Rodrigues Colombo
- Thelma Malagutti Sodré

Apresentação

O dia 28 de maio é extremamente importante porque representa duas lutas para a saúde feminina, o Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher e o Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna. No Brasil o Ministério da Saúde tem implementado políticas para fortalecer a humanização do atendimento das gestantes, a melhoria da atenção ao pré-natal, nascimento e pós-parto, assim como a instituição de medidas de orientação e qualificação dos profissionais de saúde, tanto no âmbito da atenção básica como de urgência e emergência.

Durante quatro anos o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher realizou a mesa redonda sobre mortalidade materna, e este ano foi realizada pelo Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica, desenvolvido pela área “Saúde da Mulher e Gênero”, do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

O evento tem o objetivo de promover discussões sobre a saúde da mulher e as medidas de prevenção da mortalidade materna. O público alvo é composto por estudantes, docentes, profissionais de saúde, instituições e grupos sociais envolvidos com a saúde da mulher.

No dia 05 de junho de 2018 foi realizada a V Mesa Redonda de Mortalidade Materna e o I Simpósio de Enfermagem Obstétrica, com foco na gestação e parto de alto risco, com a exposição de 29 trabalhos científicos relacionados à saúde da mulher, no formato de resumos simples e expandido.

Programação

08h30 - 09h15 - *Indicadores de Mortalidade Materna do Paraná*

Dr. Luis Carlos Baldo - Médico Ginecologista e Obstetra da 17ª Regional de Saúde.

09h15 - 10h00 - *Classificação de Risco em Obstetrícia.*

Enf.ª Ms. Marcelalexandra Rabelo – Vice Presidente da ABENFO, Membro da Comissão de Saúde da Mulher do COREN-PR e Enfermeira do Hospital de Clinicas-UFPR

10h00 - 10h30 - *Intervalo.*

10h30 - 11h15 - *Assistência de Enfermagem em Maternidade de Alto Risco.*

Enf.ª Dra. Cátia Campaner Ferrari Bernardy - Enfermeira Obstetra, Docente do Departamento de Enfermagem da UEL.

11h15 - 12h00 - *Debate.*

12h00 - 13h30 - *Almoço.*

12h00 - 14h30 - *Exposição de Trabalho.*

14h30 - 15h15 - *Desafios da Medicina no Manejo do Parto de Alto Risco.*

Dr. Vinicius Fernandes de Souza - Médico Ginecologista e Obstetra de Cambé e Região.

15h15 - 15h45 - *Intervalo.*

15h45 - 16h30 - *Near Miss Materno.*

Enf.ª Dr.ª Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli - Enfermeira Obstetra, Docente do Departamento de Enfermagem da UEL, Coordenadora do Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem e Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEL.

16h30 - 17h15 - *Debate.*

17h15 - 17h30 - *Sorteio de Brindes e Encerramento.*

Sumário

1	A importância da orientação da suplementação do sulfato ferroso na prevenção de <i>near miss</i> materno	09
2	Contato pele a pele após o parto em maternidades públicas	10
3	Enfermeiro residente e a manutenção da lactação para o bebê prematuro: relato de experiência	11
4	A consulta multiprofissional compartilhada no acolhimento de mulheres em um hospital escola	12
5	O uso de ocitocina durante o trabalho de parto e parto	13
6	Percepção de estudantes de enfermagem frente às terapias complementares em saúde	14
7	Perfil da morbimortalidade por endometriose das mulheres da região noroeste do Paraná	15
8	Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses	16
9	Síndrome do ovário policístico e infertilidade na mulher indígena: uma abordagem interprofissional	17
10	Vivência da equipe multiprofissional da saúde da mulher em um banco de leite humano	18
11	Assistência de enfermagem no período gravídico-puerperal como preditor na redução da mortalidade materna	19
12	A estrutura dos serviços obstétricos: contribuição para qualidade do cuidado e segurança do paciente	20
13	A experiência da gestação de alto risco por gestantes diabéticas	24
14	A presença do acompanhante na assistência ao parto	27
15	A técnica esalda pés como terapia complementar em saúde em gestantes em trabalho de parto	30
16	Atuação do farmacêutico clínico na equipe multiprofissional da Saúde da Mulher em ambiente hospitalar	33
17	Contribuição de acompanhante nas primeiras 48 horas pós-parto durante a internação	36
18	Efetividade da visita domiciliar puerperal multiprofissional	39
19	Queixa de incontinência urinária durante a consulta ginecológica em unidade básica de saúde	42

20	O profissional de enfermagem e o contato pele a pele no parto	45
21	Orientações no puerpério precoce às mulheres de alto risco em sua alta hospitalar	48
22	Os caminhos percorridos pela gestante de alto risco nos serviços de saúde	51
23	Perfil de mulheres que realizaram o exame de Papanicolaou em uma unidade de saúde	54
24	Aceitação de métodos não farmacológicos de alívio da dor por parturientes: relato de experiência	56
25	Relato de experiência: atendimento humanizado em uma maternidade do SUS	59
26	Relato de experiência: vinculação da gestante e seu acompanhante à maternidade	62
27	Orientações realizadas na visita à maternidade de alto risco	65
28	Planejamento reprodutivo em gestantes de alto risco	68
29	Relato de experiência: atuação da equipe multiprofissional na assistência à mulher no período gravídico-puerperal	71

RESUMOS

SIMPLES E EXPANDIDOS

A IMPORTÂNCIA DA ORIENTAÇÃO DA SUPLEMENTAÇÃO DO SULFATO FERROSO NA PREVENÇÃO DE *NEAR MISS* MATERNO

Brenda Rafaella da Silva Magalhães, Kelly Cristiane Michalichen, Debora Lydines
Martins Corsino, Joice Mara Cruciol, Clisia Mara Carreira, Rosely Jung Pisicchio

Universidade Estadual de Londrina – UEL, Londrina-Paraná.

Autor para correspondência:
Brenda Rafaella da Silva Magalhães
Email: bm.brendamagalhaes@gmail.com

INTRODUÇÃO: A anemia causada pela deficiência de ferro, decorrente em mulheres pós-parto e pós-aborto pode ser facilmente tratada com a suplementação de sulfato ferroso com o intuito de prevenir um *near miss* materno. Abordada na consulta compartilhada, a importância da adesão ao tratamento contribui na recuperação da saúde da mulher. **OBJETIVO:** Relatar a vivência dos residentes na discussão da importância da orientação do uso de sulfato ferroso às pacientes por até três meses pós-parto ou pós-aborto na prevenção de anemia ferropriva. **MÉTODO:** A metodologia escolhida foi pautada na experiência vivenciada pela farmacêutica, nutricionista e psicóloga da Equipe de Saúde da Mulher, atuantes na maternidade no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná da Universidade Estadual de Londrina. **RESULTADOS:** Observa-se que grande parte das pacientes desconhece a importância da suplementação e referem a não adesão ao tratamento pelo gosto metálico, ocasionando rejeição do medicamento. **CONCLUSÃO:** Após a consulta compartilhada, a paciente recebe orientação à continuidade do tratamento por três meses e dicas de incorporação que facilitam a adesão ao tratamento. Também recebem informações sobre a relevância do tratamento e como a adesão pode ser uma das formas de prevenção de *near miss* materno.

DESCRITORES: Saúde da Mulher; Interprofissionalismo; Acesso a Medicamentos.

CONTATO PELE A PELE APÓS O PARTO EM MATERNIDADES PÚBLICAS

Juliana Cristina de Mello Rodrigues, Emily Marques Alves, Keli Regiane Tomeleri da
Fonseca Pinto

Universidade Estadual de Londrina - UEL, Londrina-Paraná.

Autor para correspondência:
Juliana Cristina de Mello Rodrigues
Email: juliana.mello@yahoo.com

INTRODUÇÃO: A promoção do contato pele a pele entre mãe e filho tem comprovação dos benefícios fisiológicos e psicossociais, tanto para a saúde da mãe quanto para a do recém-nascido. **OBJETIVO:** Descrever o contato pele a pele precoce entre mãe e filho após o parto em duas maternidades públicas do município de Londrina-Pr. **MÉTODO:** Estudo descritivo, quantitativo, realizado com 344 puérperas que tiveram partos normais. A coleta de dados ocorreu entre janeiro a junho de 2017, através de entrevista semiestruturada. Utilizou-se a análise descritiva dos dados. **RESULTADO:** O contato pele a pele precoce entre mãe e filho ocorreu em 93,3% dos partos. 94,7% o contato ocorreu colocando o recém-nascido sobre o peito, 68,2% colocando-o para mamar, 76% colocando ele sobre a barriga da mãe e 45,8% encostando no rosto da mãe. **CONCLUSÃO:** A maioria das mulheres relatou o contato precoce, ressaltando-se que esta prática deve ser estimulada desde os primeiros minutos de vida, necessita ser respeitado na sua individualidade e magia, que envolve o binômio mãe e filho neste momento.

DESCRITORES: Parto humanizado; Aleitamento materno; Enfermagem obstétrica.

ENFERMEIRO RESIDENTE E A MANUTENÇÃO DA LACTAÇÃO PARA O BEBÊ PREMATURO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Raquel Pontello Rampazzo, Débora Rose Goulart, Adriana Valongo Zani

Universidade Estadual de Londrina - UEL, Londrina-Paraná.

Autor para correspondência:
Ana Raquel Pontello Rampazzo
Email: rampazzoanaraquel@gmail.com

INTRODUÇÃO: O nascimento prematuro pode prejudicar a lactação. As principais dificuldades enfrentadas na manutenção da lactação são estresse materno decorrente da condição clínica do bebê, a baixa produção, a imaturidade característica do prematuro que dificulta a pega e sucção. **OBJETIVO:** Relatar a vivência do enfermeiro residente em relação ao seu papel na promoção e manutenção da lactação de bebês prematuros. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo por meio de relato de experiência, realizado em uma unidade neonatal de um hospital universitário. **RESULTADOS:** Os enfermeiros residentes são referência para as mães de prematuros e profissionais quanto à manutenção da lactação, visto que realizam orientações individualizadas acerca dos cuidados com a mama, massagens, vantagens do aleitamento, extração e doação de leite materno. Estas ações associadas com a escuta ativa estimulam vínculo entre as famílias e os profissionais de saúde. Além disso, os enfermeiros residentes possuem um ambulatório de aleitamento materno que tem como objetivo garantir a manutenção do aleitamento materno sanando dúvidas e realizando intervenções. **CONCLUSÃO:** A manutenção da lactação para o bebê prematuro é complexa e repleta de desafios, sendo fundamental o apoio do residente, visto sua capacitação, sendo este um dos fatores que podem proporcionar o sucesso do aleitamento materno.

DESCRITORES: Aleitamento materno; Recém-nascido prematuro; Enfermagem.

A CONSULTA MULTIPROFISSIONAL COMPARTILHADA NO ACOLHIMENTO DE MULHERES EM UM HOSPITAL ESCOLA

Debora Lydines Martins Corsino, Brenda Rafaella da Silva Magalhães, Kelly Cristiane Michalichen, Clisia Mara Carreira, Rosely Jung Pisicchio, Ana Paula Marson.

Universidade Estadual de Londrina - UEL, Londrina-Paraná.

Autor para correspondência:
Debora Lydines Martins Corsino
Email: deboralydines.mc@gmail.com

INTRODUÇÃO: A Consulta compartilhada é uma metodologia de atenção ao paciente que vem crescendo e cada vez mais utilizada nos serviços de saúde. Entende-se que, este veículo de atendimento possibilita a integralidade e humanização no momento do atendimento, visto que as queixas levantadas podem ser avaliadas e discutidas pelas diferentes profissões que compõem a equipe. **OBJETIVO:** Relatar como a Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher realiza consultas compartilhadas, e discutir as potências desta abordagem de trabalho. **MÉTODO:** O método utilizado no presente resumo é o relato de experiência a partir das vivências da equipe multiprofissional em saúde da mulher. A equipe é composta por uma nutricionista, uma farmacêutica e uma psicóloga, e atuam nos serviços de maternidade e enfermagem feminina, em um hospital escola. **RESULTADOS:** Os resultados são observados no momento da consulta, em que são realizados questionamentos acerca da história da mulher. As principais questões que surgem são: planejamento familiar, realização de preventivos, composição familiar e meios de subsistência. **CONCLUSÃO:** A partir das demandas levantadas pela paciente, a orientação é particularizada, de acordo com o quadro clínico, psicológico e social da mesma. Assim, entende-se que o tratamento pode ser mais efetivo e melhor aderido.

DESCRITORES: Saúde Sexual; Práticas Interdisciplinares; Aprendizagem compartilhada.

O USO DE OCITOCINA NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

Emily Marques Alves, Juliana Cristina de Mello Rodrigues, Keli Regiane Tomeleri da
Fonseca Pinto

Universidade Estadual de Londrina - UEL, Londrina-Paraná.

Autor para correspondência:
Keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto
Email:tomeleri@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO: A assistência humanizada por meio das boas práticas de atenção ao parto colabora para que os resultados sejam positivos no atendimento à mulher. Contudo, algumas instituições não respeitam em sua totalidade as condutas consideradas seguras e benéficas. Dentre as práticas utilizadas, consideradas como claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, ressalta-se a administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto, de um modo que não permita controlar seus efeitos. **OBJETIVO:** Descrever o uso de ocitocina em mulheres durante o trabalho de parto e parto em duas maternidades públicas do município de Londrina-PR. **MÉTODO:** Estudo descritivo, quantitativo, realizado com 344 puérperas que tiveram partos normais. A coleta de dados ocorreu entre janeiro a junho de 2017, por meio de análise dos prontuários. **RESULTADOS:** Metade das mulheres foram submetidas a indução/condução do trabalho de parto e parto com ocitocina, 16,9% o uso de ocitocina foi iniciado quando apresentavam dilatação de 4cm ou menos, 83,1% não havia o registro da dilatação e em 3,5% não havia registro em prontuário do uso ou não de ocitocina. **CONCLUSÃO:** Apesar das recomendações técnicas, o uso de ocitocina foi considerado elevado, pois o processo do nascimento deve ser o mais natural/fisiológico possível.

DESCRITORES: Ocitocina; Trabalho de parto induzido; Parto Normal.

PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM FRENTE ÀS TERAPIAS COMPLEMENTARES EM SAÚDE

Gabrielle Andrade, Emily Marques Alves, Grazieli Freitas Santos, Juliana Cristina, de
Mello Rodrigues, Brenda Geovana Furlan, Catia Campaner Ferrari Bernardy

Universidade Estadual de Londrina - UEL, Londrina-Paraná.

Autor para correspondência:

Gabrielle Andrade

Email: gabrielleandrade.k@gmail.com

INTRODUÇÃO: As terapias complementares buscam compreender o indivíduo em suas complexidades e singularidades, proporcionando autonomia no cuidado de sua saúde, e humanização. Foram implementadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no ano de 2006. **OBJETIVO:** Relatar vivências de graduandas de enfermagem que aplicam a técnica de escalda pés. **METODOLOGIA:** Esta terapia é realizada no Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário de Londrina, para mulheres portadoras de doenças crônicas. Consiste na imersão dos pés em infusão de água com temperatura morna e ambiente, ervas medicinais, sal grosso, e por fim massagem. Ainda envolve musicoterapia, cromoterapia e aromaterapia. **RESULTADOS:** O escalda pés, além de prática complementar para alívio da dor, também alivia o sofrimento interno, pois ouvimos muitos relatos de ser um dos únicos momentos que elas são ouvidas e confortadas. Também relatam após cada sessão a sensação de “os pés estarem flutuando” e “a dor ter desaparecido”. Poder acompanhar a melhora progressiva de um paciente é gratificante, mas poder proporcionar esta melhora é indescritível. **CONCLUSÃO:** Esta terapia melhora a qualidade de vida das mulheres com doenças crônicas, além de facilitar a formação de vínculo com elas, o que proporciona o suporte emocional.

DESCRITORES: Saúde da Mulher; Terapias Complementares; Doença Crônica.

PERFIL DA MORBIMORTALIDADE POR ENDOMETRIOSE DAS MULHERES DA REGIÃO NOROESTE DO PARANÁ

Giovanna dos Santos Greco, Willian Augusto de Melo

Universidade Estadual do Paraná - UNESPAR, Paranavaí-Paraná.

Autor para correspondência:
Giovanna dos Santos Greco
Email: gio_sgreco@hotmail.com

INTRODUÇÃO: A endometriose é uma afecção ginecológica crônica diagnosticada quase que exclusivamente em mulheres em idade reprodutiva. **OBJETIVO:** Verificar a prevalência da hospitalização, média de permanência hospitalar e taxa de mortalidade por endometriose. **MÉTODO:** Estudo descritivo, transversal com dados secundários coletados do DATASUS, na seção morbidade hospitalar do SUS no Estado do Paraná no período de 2008 a 2017 nas diferentes faixas etárias. Foram coletadas informações referentes ao número de internações, custo médio, média de permanência e taxa de mortalidade. **RESULTADOS:** Adultas jovens (30-49 anos) foram prevalentes para hospitalizações por endometriose no período (6.456 casos), porém mulheres de 15 a 19 anos apresentaram maior custo médio por internação (R\$ 983,62) e maior média de permanência hospitalar (3,4 dias). Mulheres de 20-29 anos apresentam maior taxa de mortalidade por endometriose (0,85) enquanto que 40-49 anos menor (0,05). **CONCLUSÃO:** Verificaram-se maiores prevalências dos indicadores de endometriose estudados no período reprodutivo das mulheres, representando maior necessidade de ações preventivas e diagnóstico precoce, direcionadas às faixa etárias específicas no Estado do Paraná.

DESCRITORES: Endometriose; Saúde da Mulher; Morbimortalidade.

FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM CRIANÇAS MENORES DE SEIS MESES

Larissa Naiana Rauber¹, Thais Fernanda Sehnen de Souza², Paula Chuproski Saldan³.

^{1,2} Universidade Estadual de Londrina - UEL, Londrina-Paraná.

³ Universidade Estadual do Centro-Oeste-UNICENTRO, Guarapuava-Paraná.

Autor para correspondência:
Larissa Naiana Rauber¹
Email: larissa.n_rauber@hotmail.com

INTRODUÇÃO: A Organização Mundial da Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida. No Brasil, a prevalência é de 41% em menores de seis meses, enquanto em Guarapuava-PR é de 36%. **OBJETIVO:** Analisar os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses em Guarapuava-PR. **MÉTODO:** A coleta dos dados foi realizada durante a Campanha Nacional de Vacinação de 2012 em Guarapuava-PR. Foram construídos modelos de regressão de Poisson, obtendo-se razão de prevalência em modelos bivariados e múltiplo. A variável dependente foi o aleitamento materno exclusivo e as independentes foram características das crianças e mães. **RESULTADOS:** Foram analisadas 459 crianças. Observou-se que 51,6% nasceram de parto vaginal, 76,6% foram amamentadas na primeira hora de vida. A análise bivariada teve associação significativa entre o aleitamento materno exclusivo e tipo de parto, peso ao nascer, amamentação na primeira hora de vida, uso de bicos, paridade, escolaridade e trabalho materno e área de residência. Os fatores independentes associados ao abandono do aleitamento foram: fazer uso de bicos e não ser amamentado na primeira hora de vida. **CONCLUSÃO:** Uso de bicos e não amamentar na primeira hora de vida estão associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo.

DESCRITORES: Aleitamento materno exclusivo; Lactente; Estudos transversais.

SÍNDROME DO OVÁRIO POLICÍSTICO E INFERTILIDADE NA MULHER INDÍGENA: UMA ABORDAGEM INTERPROFISSIONAL

Thais Fernanda Sehnen de Souza, Edilaine Fungari Cavalcante, Yann Ferreira Rodrigues de Souza, Nicla Renata Lucchetta, Fabiola da Silva Miranda, Clisia Mara Carreira

Universidade Estadual de Londrina - UEL, Londrina-Paraná.

Autor para correspondência:
Thais Fernanda Sehnen de Souza
Email: thaisfernandasehnen@gmail.com

INTRODUÇÃO: A Síndrome do Ovário Policístico é uma doença endócrina complexa, que se caracteriza pela anovulação crônica. Um dos tratamentos é a redução de até 10% de peso corporal, sendo a reeducação alimentar e a prática de atividade física importantes. Considerando que tal comorbidade atinge também as mulheres indígenas, o atendimento interprofissional torna-se relevante para a redução dos índices de morbimortalidade dessa população. **OBJETIVO:** Descrever o acompanhamento interprofissional de uma paciente indígena com Síndrome do Ovário Policístico e dificuldades de engravidar. **MÉTODO:** Mulher indígena, 26 anos, casada, em tratamento de fertilidade há dez anos com pouca aderência. A paciente está em atendimento desde abril de 2018 no Ambulatório de Atenção à Saúde da Mulher em Londrina. As consultas são compartilhadas por: nutricionista, farmacêutica, psicóloga e profissional de educação física. **RESULTADOS:** As medidas antropométricas da primeira consulta foram: 85,5kg; 1,58m; circunferência de cintura: 100,5cm e abdominal: 102cm. Com o relato da adesão às orientações nutricionais de introdução de frutas e hortaliças, aumento do consumo hídrico e prática de atividade física, foi observado reduções nas medidas antropométricas: 84,5kg; circunferência de cintura: 97cm e circunferência abdominal: 99cm. **CONCLUSÃO:** A abordagem interprofissional tem se mostrado efetiva e será dada a continuidade no atendimento.

DESCRITORES: População Indígena; Síndrome do Ovário Policístico; Equipe Multiprofissional.

VIVÊNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA SAÚDE DA MULHER EM UM BANCO DE LEITE HUMANO

Kelly Cristiane Michalichen, Brenda Rafaella Magalhães, Debora Lydines Martins Corsino, Marcia Maria Benevenuto de Oliveira, Clisia Mara Carreira, Rosely Jung Pisicchio

Universidade Estadual de Londrina - UEL, Londrina-Paraná.

Autor para correspondência:
Kelly Cristiane Michalichen
Email: kellymichalichen25@gmail.com

INTRODUÇÃO: O Banco de Leite Humano é um centro especializado em: promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, além da captação de leite para o processamento, controle de qualidade e distribuição. Em Londrina o banco de leite surge em 1988, a partir de um projeto de extensão. **OBJETIVO:** O resumo pretende abordar a vivência prática das diferentes áreas de atuação e as ações desenvolvidas pelo banco de leite do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná. **MÉTODO:** A metodologia foi pautada na experiência vivenciada pela farmacêutica, nutricionista e psicóloga da Equipe de Saúde da Mulher, por três semanas no banco de leite. **RESULTADOS:** Os principais serviços desenvolvidos durante a vivência prática englobam: atendimento às puérperas (orientações, ordenha, acolhimento), onde em alguns casos já tinha-se um vínculo afetivo formado anteriormente; visitas aos setores do hospital para orientações de puérperas; visita domiciliar; processamento e distribuição do leite pasteurizado. **CONCLUSÃO:** Após a passagem da Equipe Multiprofissional pelo banco de leite, pode-se perceber que a vivência mudou a prática de atuação da equipe quanto ao acolhimento da puérpera, ordenha, manipulação do leite humano, técnicas que auxiliam a diminuir possíveis desconfortos, fortificação do trabalho conjunto, aplicação do aprendizado nas unidades de atuação e abordagem que possibilita o vínculo.

DESCRITORES: Práticas interdisciplinares; Fragilidade; Contraindicações.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERÍODO GRAVÍDICO PUERPERAL COMO PREDITOR NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA

Laio P. B. M de Almeida, Marco Antônio Queiroz Della'cqua, Natália Maria Maciel Guerra Silva, Maria José Quina Galdino

Universidade Estadual do Norte do Paraná-UNESPAR, Bandeirantes-Paraná.

Autor para correspondência:
Laio P. B. M de Almeida
Email: laioalmeida34@gmail.com

INTRODUÇÃO: A Organização das Nações Unidas propõe como meta para o milênio a melhoria à saúde das gestantes e redução da mortalidade materna. O enfermeiro tem fundamental importância nas diferentes esferas de atenção, visto que a assistência de enfermagem é prestada à mulher durante o período pré, intra e pós-parto. Diante desse contexto, deve-se promover e veicular a produção científica que embasa a prática clínica do enfermeiro no cuidado com essas gestantes. **OBJETIVO:** Analisar a produção científica acerca da assistência de enfermagem no período gravídico-puerperal. **METODOLOGIA:** Revisão integrativa de literatura realizada por busca nas bases de dados eletrônicos Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e *Scientific Electronic Library Online*. A busca bibliográfica foi norteada pela estratégia PICO: quais os principais cuidados de enfermagem no período gravídico-puerperal retratado na literatura? A amostra foi composta por 13 artigos publicados na íntegra entre 2015 a 2017 que abordavam o tema. **RESULTADOS:** Verificou-se a realização do pré-natal de qualidade com identificação do risco gestacional e patologias associadas à gestação, a prevenção de hemorragia pós-parto imediato e prevenção de infecção no pós-parto tardio. **CONCLUSÃO:** São os principais cuidados de enfermagem retratados na literatura que impactam na redução da mortalidade materna.

DESCRITORES: Mortalidade materna; Assistência de enfermagem; Gestação.

A ESTRUTURA DOS SERVIÇOS OBSTÉTRICOS: CONTRIBUIÇÃO PARA QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE

Juliana Vicente de Oliveira Franchi, Danielly Negrão Guassú Nogueira, Fabiana Fontana Medeiros, Natália Colombo Gomes, Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari, Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli

Universidade Estadual de Londrina - UEL, Londrina-Paraná.

Autor para correspondência:
Juliana Vicente de Oliveira Franchi
Email: jolliveira@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO: Foram muitos os avanços na assistência à saúde em busca de melhoria na qualidade dos serviços de atenção em nosso país. O que contribuiu para implantação de vários programas e políticas públicas para organizar o sistema de saúde brasileiro. Nesse contexto de busca pela promoção da qualidade em saúde, inevitavelmente se fala em segurança, uma vez que atualmente a segurança é considerada uma importante dimensão da qualidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde, Segurança do Paciente é a redução do risco de danos desnecessários relacionado ao cuidado à saúde até um mínimo aceitável. O mínimo aceitável trata-se daquilo que é plausível ao conhecimento atual, os recursos disponíveis e ao cenário que o processo assistencial foi realizado diante do risco de não tratamento ou outro tratamento¹. Complementando este conceito, a segurança do paciente refere-se à redução de cuidados inseguros e a utilização de boas práticas a fim de alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente. Mais especificamente na área obstétrica a segurança do paciente representa a minimização do risco de erro ou dano no cuidado pautado na fisiologia do parto, minimização do uso de intervenções e a seleção daquelas com risco estabelecido por critérios científicos, o que torna o cuidado mais seguro. A melhoria da qualidade dos serviços apenas pode ser demonstrada com a mensuração dos recursos disponíveis, processos de trabalho e os resultados obtidos. Assim a ciência da qualidade e segurança depende de mensurações significativas e quantificáveis como qualquer outra ciência. Desta forma, faz-se necessário a mensuração e compreensão do processo de cuidado para avaliação da qualidade dos serviços e segurança do paciente. Considerado um dos autores precursores da temática qualidade do cuidado em saúde, propõe a utilização da clássica tríade: estrutura, processo e resultado. O autor pressupõe a existência de uma inter-relação entre estrutura, processo e resultado, onde o recurso ou tecnologia (estrutura) e o diagnóstico ou tratamento (processo) podem ser determinantes de um desfecho (resultado) no cuidado a saúde². Os fatores assistenciais relacionam-se à estrutura dos serviços ou ao processo do cuidado, sendo o enfoque desse estudo os fatores assistenciais relacionados à estrutura. A estrutura dos serviços de saúde compreende fatores referentes às condições sob as quais o cuidado é prestado, o que envolve estrutura física, recursos materiais, equipamentos, tecnológicos, humanos e financeiros. Vale destacar que as maternidades são organizações de saúde singulares, que acomodam, ao mesmo tempo, duas pessoas que não apresentam necessariamente doença, o que gera grande expectativa por resultados

positivos abrangendo fatores emocionais, sociais e culturais dos pacientes e familiares. Nesse sentido, pressupõe que serviços obstétricos com estruturas adequadas contribuem para um cuidado de qualidade e seguro ao paciente. No entanto, não se pode afirmar que exista uma relação direta entre uma boa estrutura e a prestação qualificada de cuidados, porém uma estrutura inadequada pode minimizar as chances de um cuidado de qualidade e seguro ao paciente. Existem estudos que mostram associação entre a oferta de profissionais e ambientes adequados no cuidado seguro à mulher e ao recém-nascido e a ocorrência de resultados favoráveis, o que reafirma a importância da avaliação de recursos de estrutura, mesmo que de forma pontual³. Outras pesquisas realizadas nas maternidades do país mostraram deficiências na disponibilidade de equipamentos, instrumentais cirúrgicos, capacitação de recursos humanos e a presença de Unidades de Terapia Intensiva, evidenciando lacunas e fragilidades do sistema de saúde para atender de forma resolutiva a assistência durante o parto e nascimento⁴. Ainda com relação aos aspectos da estrutura, a utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas, tem sido apontada como uma ferramenta importante no esforço de melhorar a qualidade da assistência à saúde⁵. Entretanto, a identificação de estratégias efetivas de disponibilização e promoção do cumprimento de tais diretrizes tem constituído um desafio para os gestores dos serviços. A observação desse aspecto da estrutura é relevante para qualificar a assistência e atender ao direito à saúde. Desse modo, a qualidade dos serviços obstétricos assume um importante papel para o alcance de melhorias na saúde materna, sendo atualmente um dos maiores desafios dos serviços obstétricos promover condições de estrutura adequadas para favorecer a produção do cuidado de qualidade e, conseqüentemente a segurança a saúde materna, pois falta de estrutura adequada pode comprometer a qualidade da atenção nos mais diversos serviços, inclusive naqueles do cuidado obstétrico e neonatal. **OBJETIVO:** Avaliar a estrutura dos serviços obstétricos inseridos na Rede Mãe Paranaense nos municípios da 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, de acordo com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde do Brasil. **MÉTODO:** Estudo transversal, descritivo, realizado em cinco maternidades inseridas na Rede Mãe Paranaense nos municípios da 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. A coleta de dados ocorreu de julho de 2017 a janeiro de 2018. Foi empregado um roteiro de observação e entrevista com chefias e profissionais dos serviços representados por enfermeiros. No instrumento constavam informações sobre a estrutura de cada maternidade em estudo, como: aspectos sobre infraestrutura, acessibilidade, materiais de insumos, materiais tecnológicos, recursos humanos, processos operacionais assistenciais. Os dados foram copilados no programa *Statistical Package for Social Sciences*, versão 20.0. Para análise dos dados utilizou-se como referência as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, segundo RDC 36/2008 referente aos conceitos, condições organizacionais, infraestrutura física, recursos humanos, materiais e equipamentos, acesso a recursos assistenciais e processos operacionais assistenciais⁵. Para a realização deste estudo foi respeitado os preceitos éticos de acordo com as Normas de Pesquisa em Saúde determinadas pela Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A maior proporção (60%) dos serviços obstétricos foram classificados como de natureza filantrópica, os demais (40%) de natureza pública. Quanto à complexidade dos estabelecimentos, 80% correspondiam a maternidades de baixa complexidade, referência para gestação de risco habitual e

intermediário e 20% de alta complexidade referência para gestação de alto risco, com disponibilidade de unidade de terapia intensiva. Em relação à presença dos requisitos da estrutura, observou-se nas maternidades a existência de sala de acolhimento da parturiente e acompanhante (40%), sala de exame e admissão da parturiente (40%), área de deambulação interna e externa (60%); nos quartos de pré-parto/parto/pós-parto verificou-se a presença de pia para higienização das mãos (60%), nenhuma maternidade do estudo dispunha de climatização com ar condicionado, disponibilidade de pontos de oxigênio (100%), instalação de barra fixa ou escada de ling (20%), ambiente com banheiro exclusivo (60%), berço para cada leito materno (80%), poltronas para permanência da família junto à mulher e recém-nascido (20%), itens que são recomendados pelo Ministério da Saúde como estrutura mínima de um serviço obstétrico. A respeito da disponibilidade de materiais de emergência para reanimação, 100% das maternidades dispunham de tais recursos, no entanto apenas 60% possuíam o carro de emergência com desfibrilador cardíaco. Observou-se que apenas 40% dos serviços obstétricos contavam com equipes multidisciplinares compostas por profissionais médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, enquanto a presença de profissionais médicos e de enfermagem foi verificada em 100% das maternidades, sendo a maioria especialista na sua área de atuação, entretanto menos de 50% dos serviços obstétricos ofereceram capacitação aos profissionais de saúde no último ano. Em 40% dos serviços eram utilizadas ferramentas de avaliação de desempenho dos profissionais. As maternidades que exerciam atividade de ensino (40%) contavam com alunos de graduação e residência multiprofissional. Em 60% das maternidades os protocolos clínico-obstétricos/diretrizes do cuidado obstétrico estavam disponíveis, porém alguns deles encontravam-se desatualizados e os profissionais não sabiam relatar sua existência. Quanto aos dez passos do aleitamento materno apenas 40% das instituições afirmaram que eram transmitidos para equipe e realizados treinamentos periodicamente. Quanto às orientações fornecidas às mulheres sobre amamentação foram referente às vantagens (60%), manejo (80%), apoio na amamentação na primeira meia hora após o parto (80%), manutenção da lactação mesmo separada de seu filho (60%), avaliação das mamas e condição da mulher (100%), encorajamento do aleitamento sob livre demanda (100%), orientação de não dar bicos ou chupetas a crianças amamentadas no peito (40%), estimulação a formação de grupos de apoio à amamentação para as mulheres serem encaminhadas (40%). **CONCLUSÃO:** Após avaliação dos requisitos de estrutura dos serviços obstétricos inseridos na Rede Mãe Paranaense verificou-se que faz-se necessários melhoria na estrutura física das maternidades, investimentos em capacitação dos profissionais de saúde, bem como ampliação da disponibilidade e atualização dos protocolos clínico-obstétricos/diretrizes do cuidado obstétrico, visando qualificar a assistência prestada e garantir a segurança do paciente na atenção ao parto. Esse estudo também evidenciou as potencialidades e os desafios nos aspectos relacionados à estrutura dos serviços obstétricos, a fim de fornecer subsídios para os gestores redirecionarem ações que visam cumprir as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde voltadas à qualidade dos serviços obstétricos quanto aos aspectos de estrutura, podendo direcionar a elaboração de um planejamento estratégico a curto, médio, longo prazo e levar a tomadas de decisões gerenciais mais assertivas por meio dos resultados desse estudo, onde fica evidente que os recursos ou tecnologias (estrutura) que não atendam as determinações da RDS 36/2008 podem ser determinantes de um desfecho

desfavorável (resultado) no cuidado a saúde em cada um dos serviços obstétricos estudados.

DESCRITORES: Estrutura dos serviços; Qualidade da assistência à saúde; Segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. World health organization (who). The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report and Technical Annexes, v1.1, 2009. [cited 2017 May 27]; Available from: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf> .
2. Donabedian A. The Quality of Medical Care Methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs. Science, v. 200, p. 856-864, may. 1978. [cited 2017 May 27]; Available from: <<http://science.sciencemag.org/content/200/4344/856.long>>.
3. Machado JP, Martins ACM, Martins MS. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2013 June [cited 2017 May 27] ; 29(6): 1063-1082. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600004&lng=en>.
4. Bittencourt SDA, Reis LGC, Ramos MM, Rattner D, Rodrigues PL, Neves DCO et al. Structure in Brazilian maternity hospitals: key characteristics for quality of obstetric and neonatal care. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 [cited 2017 May 27]; 30 (Suppl 1): S208-S219. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300025&lng=en>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução N 36, 3 de junho de 2008. Dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. [cited 2017 May 27]; Available from: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html>.

A EXPERIÊNCIA DA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO POR GESTANTES DIABÉTICAS

Tatiane Tokushima, Franciane Maria da Silva Curan, Catia Campaner Ferrari
Bernardy, Thelma Malagutti Sodré, Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli

Universidade Estadual de Londrina - UEL, Londrina-Paraná.

Autor para correspondência:
Tatiane Tokushima
Email: tatitokushima@hotmail.com

INTRODU O: A gesta o   considerada um evento normal na vida da mulher, com altera es físicas, psicológicas e sociais e que evolui, na maioria dos casos, para um desfecho favorável. Todavia, existem mulheres que apresentam maiores riscos de complica es, seja por algum agravo, doença prévia ou algum problema desenvolvido durante o período gravídico, o qual faz com que ela seja classificada como gestante de alto risco. O Diabetes Mellitus Gestacional   caracterizado como qualquer intolerância a carboidratos, resultando em uma eleva o dos níveis de glicemia sanguínea, de gravidade variável, com início ou diagnóstico durante a gesta o. Atualmente, em todo mundo, a prevalência de gesta es complicadas por Diabetes Mellitus Gestacional chega a aproximadamente 7%, ou seja, mais de 200.000 casos por ano. Já no Brasil, 7,6% das gestantes que foram atendidas pelo Sistema  nico de Saúde e que possuíam mais de 20 anos, receberam o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional. Os valores acima mostram que a Diabetes Mellitus Gestacional deve ser entendida como um problema de saúde pública, pois quando não controlada pode trazer consequências para a mãe e para o feto. Durante a gesta o, a glicemia alterada devido   falha ou a não realiza o do tratamento adequado, aumenta as possibilidades da paciente evoluir para complica es graves. Para o feto, uma das preocupa es que a Diabetes Mellitus Gestacional traz são as distócias no momento do parto, ocasionadas muitas vezes, pela macrossomia fetal e após o nascimento, o recém nascido pode apresentar icterícia, hipoglicemia, altera es respiratórias, hipocalcemia e policitemia. Para a gestante com o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional   importante oferecer orienta es e cuidados específicos, alertando-a da complexidade de uma gesta o de alto risco. Para isso, preconiza-se o acompanhamento por uma equipe multiprofissional habilitada, orienta es de exercícios físicos quando não houver contraindica o, controle glic mico, dieta alimentar e o uso correto da medica o, quando indicada.

OBJETIVOS: Conhecer a experiência da gesta o alto risco para um grupo de gestantes diabéticas institucionalizadas e desvelar os significados da gesta o de alto risco para estas mulheres, identificando suas dificuldades e necessidades de cuidado durante o período de internaa o. **MÉTODOS:** Estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo. O estudo foi realizado em uma maternidade referência para atendimento   gestantes de alto risco de um Hospital Universitário Público localizado no Norte do Paraná. A Maternidade   composta por 19 leitos, sendo estes distribuídos para gestantes em internaa o, gestantes em pré-parto e puérperas. Conta com o apoio de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogo e assistente social. A popula o do

estudo foi delimitada pela saturação das falas encontradas nas entrevistas, sendo composta por gestantes com diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional, primíparas e multíparas, internadas na Maternidade há pelo menos cinco dias, e que estavam no terceiro trimestre da gestação, visto que a Diabetes Mellitus Gestacional tem início por volta de 24^o semana e os agravos acontecem com mais frequência neste trimestre. Para a coleta de dados, na entrevista, foi utilizado um formulário semiestruturado dividido em três partes. Primeiramente, identificou-se o perfil das gestantes participantes da pesquisa; após, procurou-se descrever o histórico obstétrico e entender a gestação atual; por fim, foi abordado questões sobre o significado da gestação para a gestante e a experiência da internação hospitalar, a saber: “como é para você estar grávida e ter recebido o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional?”; “Como está sendo para você estar no hospital por causa da gestação de risco?” e “Como você gostaria de ser cuidada durante este período de internação hospitalar?”. A coleta de dados ocorreu no período de julho de 2013 a março de 2014. A fim de preservar a privacidade da gestante, foram utilizados métodos para isolamento do leito, uma vez que a maternidade não possuía quartos individuais. As entrevistas foram audiogravadas após esclarecimento e consentimento das participantes, e as falas foram transcritas para prosseguir a análise de conteúdo. Os dados foram analisados seguindo a técnica temática de análise de conteúdo proposto por Bardin. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, sob nº011/2012, CAAE 0348.0.268.000-12. A autorização da instituição para a realização da pesquisa foi concedida após o parecer favorável deste Comitê para o projeto original. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** As gestantes entrevistadas tinham entre 22 e 38 anos; sendo que a maioria (66,7%) se autorreferiram brancas; apenas 22,2% das gestantes possuíam ensino superior completo; 66,7% possuíam situação trabalhista formal e 33,3% não trabalhavam. Quanto a presença de companheiro, 66,7% das gestantes eram casadas e o restante estava em união consensual; a renda familiar predominante foi de um a dois salários mínimos. Quanto ao número de gestações, todas as pacientes eram multíparas, sendo que, 55,5% delas estavam em sua segunda gestação, 33,3% na terceira e 11,1% na quinta gestação; apenas 22,2% disseram que a gravidez foi planejada e todas realizaram o pré-natal em Unidade Básica de Saúde, sendo encaminhadas ao Ambulatório de Especialidade do Hospital Universitário devido à descoberta do Diabetes Mellitus Gestacional ou devido alguma complicação ocasionada pelo mesmo. O *corpus* da pesquisa foi constituído pelas entrevistas, inicialmente gravadas e depois transcritas na íntegra. Para a questão norteadora “Como é, para você, estar grávida e ter recebido o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional?” surgiu a categoria temática “sentimentos vivenciados”. Para a questão norteadora “Como está sendo para você estar no hospital por causa desta gestação de risco?” emergiram as Categorias “A experiência da internação Hospitalar” e “Avaliação”. A questão norteadora “Como você gostaria de ser cuidada durante este período de internação hospitalar?” originou a Categoria “Sugestões”. Algumas gestantes emitiram suas opiniões e sugestões sobre a unidade de internação em que estavam. **CONCLUSÃO:** Conhecer a experiência da gestação de risco por um grupo de gestantes diabéticas institucionalizadas, seus sentimentos e percepções diante da doença e da vivência da internação hospitalar, trouxe o desafio de revisar a rotina hospitalar, os cuidados prestados e as relações interpessoais. Faz-se necessário destacar que cada

gestante apresentou suas características pessoais, crenças e opiniões, mas que todas apresentaram um ideal em comum, o bem-estar do bebê que estava a caminho. Muitas incertezas cercam a gestante de risco, e quanto à Diabetes Mellitus Gestacional, as gestantes ainda não têm conhecimento suficiente sobre a necessidade de internação, o controle glicêmico e de evitar possíveis complicações. Pensando nisto, é imprescindível que os serviços de atenção ao pré-natal informem de forma correta todas as gestantes, a fim de melhorar a adesão ao tratamento e evitar danos à saúde materna e fetal. Percebe-se que a aceitação da internação hospitalar não é fácil, e por isso a equipe deve estar preparada para oferecer um cuidado integral, que permita esclarecer as dúvidas das gestantes e ouvi-las, quando necessário. Quando o profissional de saúde estabelece uma relação de confiança com a gestante, o processo de aceitação da internação e da terapêutica proposta pode ser facilitado, e assim, o sofrimento gerado pela separação da família e pela dificuldade de adaptação com a rotina hospitalar pode ser amenizado. Destacamos ainda que o serviço precisa pensar em atividades alternativas para a distração das gestantes, a fim de diminuir o estresse com a internação, principalmente para aquelas que ficam internadas por um período prolongado.

DESCRITORES: Gravidez de Alto Risco; Diabetes Gestacional; Compreensão; Assistência de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. American Diabetes A. American Standards of medical care in diabetes—2016. *Diabetes Care* 2016; 39(Suppl. 1):S13–S22 | DOI: 10.2337/dc16-S005 [online] [acesso em 28 de outubro de 2015]. Disponível em: URL: http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2015/12/21/39.Supplement_1.DC2/2016-Standards-of-Care.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.* – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.* – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32)
4. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015/Sociedade Brasileira de Diabetes; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2015. il. Inclui bibliografia 1. Diabetes. 2. Diabetes – Tratamento. I. Oliveira, José Egidio Paulo de. II. Vencio, Sérgio. III. Sociedade Brasileira de Diabetes.
5. Schmalfluss JM, Bonilha ALL. Implicações das restrições alimentares na vida diária de mulheres com diabete melito gestacional *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2015 jan/fev; 23(1):39-44. [online]. [acesso em 22 de janeiro de 2016]. Disponível em: URL: <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a07.pdf>

A PRESENÇA DO ACOMPANHANTE NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

Mariana Charif Lakoski, Letícia Natasha Bernardy, Izabel Dayana de Lemos Santos, Fabiana Fontana Medeiros, Cátia Campaner Ferrari Bernardy, Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli

Universidade Estadual de Londrina - UEL, Londrina-Paraná.

Autor para correspondência:
Mariana Charif Lakoski
Email: maricharif@hotmail.com

INTRODUÇÃO: O nascimento é considerado um evento natural e fisiológico. O parto natural em sua origem acontecia no âmbito domiciliar, no aconchego da residência, sendo a mulher a protagonista do seu parto. As parturientes eram auxiliadas por mulheres experientes que as assistiam, seja no trabalho de parto, assim como no puerpério¹. Porém, neste período da história da assistência ao parto, deu-se início a diversos casos de infecções puerperais. Em consequência, os partos deixaram de serem vividos de forma individual, íntima e feminina e passaram a ser conduzidos no ambiente hospitalar, de maneira tecnicista e industrializada. Para a mulher, o momento do parto é marcante, geralmente acarreta um sentimento de ansiedade, angústia e medo. Independente de ser a primeira ou terceira gestação, cada processo de gestar e parir tem as suas particularidades. O nascimento é um momento único, um acontecimento vivido intensamente pela mulher e sua família². O acompanhante é um membro de extrema importância para segurança da mulher, contribui no apoio psicológico e físico, o que não exclui a participação ativa da equipe multiprofissional, pois estes têm o conhecimento técnico e científico, e estão capacitados para qualquer intercorrência que possa acontecer³. Válida para o parto normal, assim como para cesariana, a Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, determina que os serviços de saúde, são obrigados a permitir à gestante o direito à presença de acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. A instituição e a equipe de saúde devem permitir e respeitar o desejo da parturiente de ter um acompanhante, de sua escolha, no trabalho de parto, parto e puerpério, dando-lhe segurança e apoio. Os hospitais devem manter um aviso e informar a parturiente sobre este direito assim que ela é admitida para a internação⁴. Dentro deste contexto, a humanização compreende, entre outros, a convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, criando um ambiente acolhedor e adotando condutas hospitalares que rompam com o histórico de isolamento imposto à mulher. No transcorrer deste período, vários estudos apontam os benefícios de se ter um acompanhante neste momento significativo da vida da mulher. A satisfação da mulher no parto está fortemente associada ao ambiente acolhedor e à presença de uma companhia, considerando que a presença de estranhos e o isolamento dos familiares e amigos durante o parto estão diretamente relacionados com o aumento do medo, do estresse e da ansiedade, retardando, assim, o progresso fisiológico do parto⁵. **OBJETIVO:** Conhecer a importância da presença do acompanhante no momento do parto e na assistência prestada à mulher. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo, recorte de uma coorte prospectiva sobre gestação de alto risco. O estudo foi realizado em um hospital terciário credenciado

ao Sistema Único de Saúde caracterizado como instituição pública, vinculado a Universidade Estadual de Londrina. É considerado referência regional para o Sistema Único de Saúde, para atendimentos de alta complexidade, na região do Norte do Paraná. A instituição realiza assistência a intercorrências obstétricas, parto de alta complexidade e atendimento aos recém-nascidos de risco, com número de 1.447 atendimentos no ano de 2015 tendo uma média mensal de 121 mulheres atendidas. A população do estudo foi composta por puérperas de alto risco. A amostra foi definida com base nos atendimentos da instituição um ano antes da pesquisa, utilizando ferramentas estatísticas para sua definição⁵. Desta maneira definiu-se o número amostral de 319 mulheres, considerando-se um erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%. A população de estudo foi composta por puérperas de alto risco admitidas na unidade de estudo. A pesquisa foi realizada no período de outubro de 2016 a agosto de 2017. Os dados foram digitados e analisados pelo software SPSS® versão 20.0. Para a análise estatística dos dados foi utilizado o método descritivo. Em observância às determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, considerando tratar-se de uma pesquisa envolvendo seres humanos. Com número do parecer 1.757.596 e CAAE 59935716.7.0000.5231. As mulheres que concordaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, permanecendo uma via com a participante e a outra com o pesquisador.

RESULTADO E DISCUSSÃO: Das 319 mulheres entrevistadas a maioria eram brancas (58%), com idade entre 20 a 30 anos (78%), 40% das mulheres estavam na sua primeira gestação, cerca de 56% possuíam ensino superior e um pouco mais da metade (57%) praticavam exercícios físicos de leve intensidade. 48,8% das usuárias do serviço tinha uma renda familiar de mais de dois salários mínimos e residiam em zona urbana (92,4%), 59,5% no município de Londrina, em relação a situação conjugal 86,8% tinham companheiro fixo. O estudo mostra a prevalência de mulheres que foram submetidas à cesariana (60,8%), concomitante a isso o local do parto predominante foi o centro cirúrgico (61,1%), o que, apesar disso, não exige a presença do acompanhante no momento do nascimento, considerando que a lei está vigente a qualquer via de parto. A respeito da Lei do Acompanhante 62,7% receberam a informação do direito a ter um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério, que aconteceu nos seguintes momentos: na internação 37,30% das mulheres foram informadas; no momento do parto 17,86% tiveram acesso à essa informação; e no puerpério foram 7,52% informadas sobre este direito. Apesar da grande parte das mulheres terem sido orientadas sobre o direito do acompanhante durante o parto e na admissão para internação, o número de acompanhantes que não acompanharam o parto foi significativo. Dentre as várias justificativas para o acontecido, o fator que se acredita que ainda dificulte a inserção do acompanhante no parto é a rotina hospitalar (14,4%).

CONCLUSÃO. Por fim, os achados desse estudo contribuem para uma ampla reflexão acerca das questões relacionadas à inserção do acompanhante no processo do nascimento e desta forma ressalta a valorização da prática dentro do contexto de humanização relacionado ao bem-estar da mulher. Constitui-se como desafio a incorporação da lei do acompanhante na prática diária do atendimento ao parto, estabelecido pela equipe de saúde e pela instituição, propondo um acolhimento adequado às famílias, às mulheres e recém-nascidos.

DESCRITORES: Parto; Lei do acompanhante; Assistência ao parto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.Rezende J. Obstetrícia. 8ª. Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998. Cap.1, p. 1-21: Conceito, propósito e sumula histórica.

2.Diniz CSG et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S140-S153, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0140.pdf>. Acesso em: 10/02/17

3.Dodou HD et al. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. Esc Anna Nery 2014;18(2):262-269. Disponível em: <file:///C:/Users/izabel/Downloads/1414-8145-ean-18-02-0012.pdf>. Acesso em: 10/02/17

4.Brasil. Presidência da Republica. Portaria MS/GM N°2.418, de 2 de dezembro de 2005. Brasília, DF, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm

5.Barbeta PA. Fórmula para o cálculo do tamanho mínimo da amostra. Estatística aplicada às ciências sociais. 8. ed. Florianópolis: UFSC, 2012. 320 p.

A TÉCNICA ESCALDA PÉS COMO TERAPIA COMPLEMENTAR EM SAÚDE EM GESTANTES EM TRABALHO DE PARTO

Juliana Sousa de Almeida, Lethicia Scheller Oliveira, Ana Maria da Silva, Cátia Campaner Ferrari Bernardy
Universidade Estadual de Londrina - UEL, Londrina-Paraná.

Autor para correspondência:
Juliana Sousa de Almeida
Email: almeida1097@hotmail.com

INTRODUÇÃO: O modelo assistencial à saúde no Brasil é marcado pelo molde biomédico, onde a atenção fragmentada ao indivíduo está em ênfase, voltada apenas para a cura do corpo físico, deixando o indivíduo e seus aspectos psicológicos e espirituais de lado¹. Dessa forma, contribui para implicações negativas na saúde da mulher principalmente no período gravídico-puerperal. Em busca de um novo modelo a fim de garantir a integralidade na atenção à saúde do indivíduo como um todo, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde, atuando nos campos da prevenção de agravos, promoção, manutenção e recuperação da saúde, através da estimulação de mecanismos naturais por meio de tecnologias eficazes e seguras, escuta acolhedora, vínculo, visão ampliada do processo saúde-doença, considerando o indivíduo em sua totalidade e singularidade². Em vista do trabalho de parto e do puerpério, o Ministério da Saúde recomenda o uso de práticas não intervencionistas, no intuito de minimizar as sensações apresentadas por meio de tecnologia leve. Algumas práticas integrativas complementares como escalda pés, musicoterapia, aromaterapia, massoterapia podem ser utilizados para relaxamento do corpo, uma vez que agem de modo direto nos sistemas linfático, osteomuscular, nervoso, respiratório e circulatório, além de se enquadrarem na atenção à saúde da mulher, propondo humanização na assistência ao parto e nascimento. O Escalda Pés é a técnica de descansar os pés em um recipiente com água morna acrescido de ervas medicinais e sal grosso, no intuito de promover relaxamento, diminuição da tensão neuromuscular, redução de edema, alívio das dores, irritabilidade, insônia, depressão e problemas do aparelho respiratório. Entre as substâncias utilizadas está a flor da camomila que pode ser utilizada nas gestantes, pois carrega substâncias emolientes, que ajudam a manter a hidratação da pele, age como calmante, antiespasmódica, febrífuga, anti-reumática e antiinflamatória, além de induzir o relaxamento do útero, estimulando as contrações uterinas no trabalho de parto. Junto a camomila, é usado o alecrim, que possui ação antioxidante, cicatrizante, antimicrobiana, digestiva, diurética, anti-reumática e expectorante³. O sal grosso ajuda a drenar o excesso de líquidos, o que diminui o inchaço nos pés e propiciam uma sensação de leveza e bem-estar. **OBJETIVO:** Relatar a efetividade das práticas integrativas e complementares realizadas pelo projeto de extensão “Terapias Complementares como Práticas em Saúde” do Programa de Extensão Universitária - Universidade Sem Fronteiras, em gestantes em trabalho de parto, auxiliando na melhoria do bem-estar físico e emocional, relaxamento do corpo, diminuição da ansiedade, alívio das dores do trabalho de parto, redução no tempo de trabalho de parto, redução na admissão de bebês em Unidade de Terapia Intensiva, e

percepção mais positiva com a amamentação. **MÉTODO:** Estudo quantitativo, transversal e retrospectivo. O público alvo foi parturientes hospitalizadas na Maternidade do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, admitidas em 2017, que aceitaram participar das terapias complementares como escalda pés, musicoterapia, aromaterapia, massoterapia. O método utilizado para coleta de dados foi por meio de coleta em prontuário e de questionário, sendo aplicado na fase latente e/ou ativa do trabalho de parto e na fase puerperal para obtenção de dados sobre o resumo do parto e aleitamento materno. As variáveis de estudo investigadas foram os métodos utilizados para indução do parto; intervenções não farmacológicas para o alívio da dor; tempo de trabalho de parto; sensação de bem estar antes e após a terapia; alívio das dores durante o trabalho de parto e relaxamento; tipo de parto; uso de fórceps, vácuo-extrator ou laceração perineal durante o parto; encaminhamento do neonato a Unidade de Terapia Intensiva neonatal; tipo de aleitamento materno no período puerperal e avaliação do projeto de forma geral. Os dados coletados foram tabulados e revisados no Microsoft Office Excel® 2010 e analisados por meio de média simples. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, sob a Resolução CEPE no. 070/2012. O modelo de terapia do escalda-pés desenvolvida tem duração aproximada de 40 minutos, sendo oferecida no quarto da paciente, em poltrona confortável, musicoterapia e aromaterapia. O escalda pés compreende a imersão dos pés em infusão de água morna, ervas medicinais e sal grosso por 10 minutos, com posterior cobertura com toalha. Após 10 minutos, cola-se água fria, deixando por mais 10 minutos, e para finalizar, coloca-se água morna por novamente 10 minutos. Ao final as ervas são retiradas e é realizada massagem relaxante com creme à base de arnica. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A amostra desta pesquisa foi de 30 mulheres que estavam em trabalho de parto em fase latente ou ativa. Verificou-se que 63,3% tiveram o trabalho de parto induzido com uso de ocitocina, misoprostol ou ambos. Além da terapia escalda pés, foram usados outros métodos não farmacológicos para alívio da dor do trabalho de parto em 40% das mulheres, sendo bola, cavalinho, chuveiro e massagem. Foram obtidos dados sobre o tempo de trabalho de parto em 16 prontuários, e a média de tempo de trabalho de parto dessas mulheres foi de 8 horas para primíparas e 7 horas para múltiparas. Aos serem questionadas sobre a sensação de bem estar antes da terapia escalda pés, a maioria das parturientes (66,6%) relatou sensação regular, porém após finalizada a terapia, 100% das mulheres acreditaram ter tido melhora e referiram elevação da sensação de bem estar para bom (26,6%) e muito bom (73,3%). Além disso, 56,6% das parturientes afirmaram que os métodos terapêuticos ajudaram muito no alívio das dores do trabalho de parto e em 6% dos casos houve ajuda completa no alívio dessas dores. Sobre a sensação de relaxamento após o Escalda Pés, 53,3% consideraram que a terapia ajudou muito na sensação de relaxamento e 23,3% das gestantes considerou que a terapia ajudou a atingir completa sensação relaxamento. No período puerperal mediato, foram investigadas informações sobre o parto, intercorrências durante o mesmo e amamentação. Observou-se que 54% tiveram parto por via vaginal e 46% das pacientes foram submetidas à cesárea e em apenas um parto houve alguma intercorrência, associada ao uso de fórceps. Constatou-se que somente um neonato foi encaminhado para UTI neonatal. Em relação ao aleitamento materno, identificou-se que a maioria dos neonatos (86,6%) estava recebendo aleitamento materno exclusivo em livre demanda. Foi solicitado que as mulheres avaliassem o projeto de

forma geral, e também em relação ao atendimento, grau de relevância da terapia no momento em que está vivenciando e grau de satisfação com o projeto e os benefícios trazidos por ele a saúde. Constatou-se uma boa resposta por parte das pacientes, dado que as avaliações variaram entre “muito bom” e “bom”, sem avaliações negativas. Em relação à avaliação geral e ao atendimento, 84% das mulheres avaliaram como “muito bom”, e 16% como “bom”. A maioria das mulheres (80%) julgou a terapia como “muito relevante” e 86,6% qualificaram como “muito bom” o grau de satisfação em relação aos benefícios que a terapia proporcionou a elas. **CONCLUSÃO:** O Projeto de Extensão “Terapias Complementares como Práticas em Saúde” foi bem aceito pelas mulheres e conquistou bons efeitos. Ao comparar os resultados oferecidos pelo Escalda Pés às parturientes, com outros estudos descritos na literatura, constatou-se que esta terapia propôs às parturientes: menor tempo de trabalho de parto comparado à média de tempo estimada na literatura⁴, diminuição do número de neonatos sendo encaminhados para Unidade de Terapia Intensiva⁵, redução de intercorrências durante o parto⁵, prevalência de sucesso no parto vaginal e percepção mais positiva com a experiência do aleitamento materno. Ainda, promoveu um momento de relaxamento associado ao alívio da dor, diminuição do estresse e ansiedade, melhora da sensação de bem-estar e da qualidade de vida. Este olhar diferenciado para a assistência humanizada à saúde mulher no momento do parto e nascimento, baseado nas práticas complementares, possibilita uma ampliação do cuidado oferecido pelo enfermeiro, alcançando assim, maior resolutividade nas intervenções através de tecnologia leve e eficaz.

DESCRITORES: Terapias Complementares; Trabalho de Parto; Saúde da Mulher.

REFERÊNCIAS

1. Borges MR, Madeira LM, Azevedo VMGO. As práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher: uma estratégia de humanização da assistência no Hospital Sofia Feldman. Rev. Min. Enferm. 2011 jan/mar; 15(1): 105-113.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Atitude de Ampliação de Acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
3. Ustulin M, Figueiredo BB, Tremea C, et al. Plantas medicinais comercializadas no Mercado Municipal de Campo Grande-MS. Revista Brasileira de Farmacognosia. 2009 jul/set; 19(3): 805-813.
4. Neme B. Obstetrícia básica. 3 ed. São Paulo: Sarvier, 2000.
5. Reis JTS, Saraiva FO, Ferraresi MF, Vieira MAS. Perfil epidemiológico das parturientes atendidas em uma maternidade de alto risco de Goiânia-GO. Revista Estudos – Vida e Saúde. 2014 jun, 41(2): 329-339.

ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO CLÍNICO NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA SAÚDE DA MULHER EM AMBIENTE HOSPITALAR

Brenda Rafaella da Silva Magalhães, Joice Mara Cruciol, Kelly Cristiane Michalichen,
Debora Lydines Martins Corsino, Clisia Mara Carreira, Rosely Jung Pisicchio

Universidade Estadual de Londrina - UEL, Londrina-Paraná.

Autor para correspondência:
Brenda Rafaella da Silva Magalhães
Email: bm.brendamagalhaes@gmail.com

INTRODUÇÃO: As mulheres são maioria da população brasileira e principais usuárias do Sistema Único de Saúde. Uma vez que a expectativa de vida das mulheres é maior do que a dos homens, as mulheres estão sujeitas às diversas patologias próprias de sua fisiologia e ao adoecimento decorrente de desigualdades sociais, além das taxas de morbidade e mortalidade por questões referentes à gravidez, parto e puerpério¹. Historicamente, a mulher era assistida por programas materno-infantis implementados no início do século XX que tinham uma visão restrita na questão biológica e no seu papel social “mulher mãe”^{1,2}. Em 1984, a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher pelo Ministério da Saúde incluiu ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação na assistência à mulher em clínica ginecológica, pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, Doenças Sexualmente Transmissíveis, câncer de colo de útero entre outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres^{1,2}. Porém, havia a necessidade da abordagem de outras questões relacionadas ao feminino, como a infertilidade, a reprodução assistida, doenças crônico-degenerativas, saúde ocupacional, saúde mental, doenças infectocontagiosas e inclusão da perspectiva da diversidade cultural, étnica e racial. Somente em 2004, um documento intitulado Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes inseriu mulheres negras, trabalhadoras rurais, com deficiências, lésbicas, profissionais do sexo, presidiárias, indígenas, adolescentes, vítimas de violência sexual e de abortamento em condições inseguras de forma integral à assistência da saúde². Percebe-se ainda que mesmo tendo a mulher todos os seus direitos providos pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, muitos deles ainda necessitam de atenção à sua incorporação, principalmente quando se diz respeito à ações exercidas pelos profissionais de saúde. Buscando essa adequação, a proposta da equipe multiprofissional permite que através do compartilhamento de conhecimentos, especializações e habilidades entre si, a mulher tenha uma assistência de atenção integral no qual engloba os cuidados com a sua saúde (física, psíquica, mental e social) em todas as fases da vida³. Sabe-se que compete ao farmacêutico clínico, bem como a qualquer outro profissional da saúde, atender às demandas relativas ao cuidado da saúde, nos âmbitos individual e coletivo⁴. Porém, específico de sua área, compete-lhe a assistência farmacêutica, que é o conjunto de ações que incluem ações e serviços que asseguram a assistência terapêutica integral e a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional^{4,5}. Dessa forma, a implantação do farmacêutico

clínico em âmbito hospitalar ainda é muito pouco divulgada³ e objetivando a mudança desse panorama o Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná da Universidade Estadual de Londrina contempla vagas de farmacêuticos no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher em parceria com outros profissionais da saúde visando a transdisciplinaridade, a visibilidade e a importância de um farmacêutico clínico na unidade hospitalar. **OBJETIVO:** Discutir a atuação do farmacêutico clínico em uma equipe multiprofissional no ambiente hospitalar em promoção da saúde da mulher, durante a internação e no preparo de alta hospitalar de pacientes em diferentes situações, seja no momento da gravidez e puerpério, seja na internação (decorrente de diferentes estados patológicos de clínicas variadas - ginecologia, obstetrícia, endocrinologia, neurologia, psiquiatria, entre outras), incluindo medicamentos de diferentes classes. Também pretende relatar como a equipe atua na melhoria da terapêutica das pacientes e nos conhecimentos compartilhados que influem diretamente na formação profissional e pessoal do farmacêutico. **MÉTODO:** O estudo consiste em um relato de experiência vivenciada pela farmacêutica da Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher em conjunto com uma nutricionista e uma psicóloga, atuantes na maternidade e enfermaria feminina do Hospital Universitário, embasadas nas consultas compartilhadas. Ressalta-se que também faz parte da experiência, reuniões com os tutores e preceptores das outras áreas de atuação do programa. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Além de fornecer subsídios ao prescritor, o farmacêutico promove a farmacoterapia através da análise da prescrição e avaliação da dose, diluição, via de administração, posologia, incompatibilidades e interações medicamentosas (principalmente a análise juntamente do corpo clínico, do risco-benefício das interações detectadas como graves), participa da avaliação individual do paciente (que também abordam as ações nutricionais e psicoterapêuticas), garante o uso racional de medicamentos (principalmente em orientações de preparação de alta), promove a troca de conhecimentos com a equipe (através da educação continuada) e desenvolve a farmacovigilância (que inclui as reações adversas a medicamentos e notificações). É possível também, abordar temas que incluem o pré-natal, puerpério, aleitamento materno, planejamento familiar, métodos contraceptivos, climatério, prevenção de cânceres e doenças sexualmente transmissíveis, práticas de prevenção de *near miss* (materno ou não), além de problemas/ queixas de patologias que acometem a população feminina, ou seja, consegue-se abordar temas que são presentes em diferentes fases da vida das mulheres. Importante ressaltar que a mulher deixa de ser orientada e acolhida somente nos momentos que lhe remetem à reprodução, mas sim em todos os processos no qual necessita de orientação, seja de prevenção, tratamento ou recuperação da saúde. Referente à experiência multiprofissional, juntamente do nutricionista, o farmacêutico consegue ter uma visão mais clara em relação às possíveis interações com alimentos após a paciente receber instruções sobre a dieta que deve ser aderida ao tratamento bem como a sua participação na otimização do tratamento terapêutico adotado no estado de saúde da paciente. No que diz respeito à psicoterapia, o farmacêutico interage com o psicólogo no intuito de fornecer informações sobre os medicamentos psicotrópicos que podem interferir na evolução da terapêutica bem como adquirir informações que podem sugerir ao médico responsável pela prescrição a adequação da dose bem como a possibilidade de associação ou até mesmo de interrupção de um tratamento de um ou vários psicotrópicos, após a análise da segurança do paciente na terapêutica medicamentosa. No hospital, a atuação do farmacêutico

clínico para com a mulher acaba tendo uma vasta abrangência, uma vez que vários temas podem ser abordados com a paciente. Uma dificuldade encontrada é na alta rotatividade de pacientes, principalmente na maternidade, no qual muitas mulheres ficam internadas por um período muito curto com média de 48-72h, uma vez que muitas orientações são necessárias. Porém é sabido que devido ao momento de diversas mudanças hormonais, biológicas, psíquicas e sociais muitas puérperas não conseguem absorver todas as informações que lhe são ofertadas, sendo necessária a abordagem em momentos posteriores, como na puericultura ou na visita ao ginecologista (momentos que o farmacêutico clínico se encontra não mais no ambiente de atenção secundária/ terciária, mas sim, na atenção primária constituída pelas Unidades Básicas de Saúde, Equipes de Atenção Básica e equipes de Saúde da Família. Na enfermagem feminina a situação é recorrente, porém com menor frequência, pois o perfil das pacientes acaba sendo diferente, uma vez que estão internadas devido às complicações de seu estado de saúde, necessitando de um tempo maior de intervenção médica. Com essas pacientes, o farmacêutico consegue estabelecer um vínculo que acaba sendo de extrema importância na incorporação da adesão do medicamento bem como a avaliação do mesmo no processo terapêutico. **CONCLUSÃO:** A inserção do farmacêutico na equipe de saúde, incluindo não só os outros profissionais da residência, mas também de outras residências e do próprio serviço, tais como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, entre outros, agrega diversos benefícios à unidade hospitalar e a promoção de conhecimentos à equipe. Além de fornecer segurança e efetividade no tratamento da doença, o farmacêutico consegue contribuir positivamente na melhora da qualidade de vida da paciente, tanto em termos terapêuticos e humanísticos quanto relativos à segurança. Conclui-se que a equipe multiprofissional enriqueceu a atuação da assistência farmacêutica garantindo a integralidade da promoção, prevenção, diagnóstico, adesão e tratamento, recuperação e reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde no que diz respeito à mulher em âmbito hospitalar através das diretrizes de qualificação e humanização das práticas do Sistema Único de Saúde.

DESCRITORES: Farmácia; Atenção Integral à Saúde da Mulher; Assistência Farmacêutica.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípio e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
3. Rocha PCF, Oliveira CIFB. O Farmacêutico no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Amazonas. Em Extensão. 2013. 12(1): 186-196.
4. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n. 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Diário Oficial da União, 25 set 2013.
5. Brasil. Lei n. 13.021/2014, 08 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Diário Oficial da União, 11 ago 2014.

CONTRIBUIÇÃO DE ACOMPANHANTE NAS PRIMEIRAS 48 HORAS PÓS-PARTO DURANTE A INTERNAÇÃO

Fabiana Fontana Medeiros, Karina Yuri Menezes Ikeda, Izabel Dayana de Lemos Santos, Juliana Vicente de Oliveira Franchi, Mariana Haddad Rodrigues, Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli

Universidade Estadual de Londrina - UEL, Londrina-Paraná.

Autor para correspondência:
Fabiana Fontana Medeiros
Email: fontana.fabi@hotmail.com

INTRODUÇÃO: Puerpério ou Pós-parto refere-se ao período em que as modificações, tanto locais como sistêmicas, provocadas pela gravidez no organismo, retornam ao estado pré-gravídico. É um período caracterizado por mudanças físicas, sociais e psicológicas, no qual sentimentos de depressão podem estar presente. Neste sentido é importante que haja alguém para auxiliar a mulher nos cuidados com o recém-nascido e com o autocuidado. Historicamente, até o final do século XIX, a assistência ao parto ocorria nos domicílios, sendo de responsabilidade das parteiras; onde os partos eram realizados na presença de seus familiares. Com o avanço da tecnologia obstétrica, os médicos assumem o papel na assistência e como consequência os partos passam a ser institucionalizados; impossibilitando muitas vezes no direito da escolha de como parir e dificultando o acesso aos familiares¹. A Organização Mundial da Saúde assegurou desde 1985 o livre acesso do acompanhante durante o pré-parto, parto e puerpério, ocasionando à nova mãe bem-estar. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento foi instituído através da Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, com o objetivo de melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. Na tentativa de resgatar a presença do acompanhante no processo de parturição, publicou-se a Lei nº 11.108, denominada “Lei do acompanhante”, determinando aos serviços de saúde do SUS, rede própria ou conveniada, permissão à gestante o direito da presença do acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto; sendo determinado que esse acompanhante seja escolhido pela gestante². Mesmo com a legalização vigente, há instituições que reprimem esse direito, com justificativas de possuir estrutura inadequada, assim como falta de recursos humanos para se adequarem à inserção do acompanhante. Há instituições que adotam uma postura impositiva sobre a escolha do acompanhante e que muitas vezes, por falta de informação, essa mulher acaba acatando tal determinação; não considerando o planejamento que essa mulher fez durante toda sua gestação, como a participação de uma pessoa especial para lhe dar apoio. A triagem obstétrica, o pré-parto e a sala de recuperação pós-parto vaginal são os locais em que o acompanhante permanece com mais frequência. A não aceitação dos médicos, assim como a inadequação da área física, vem dificultando a efetivação da participação do acompanhante. Ainda é necessário investir em estratégias e diretrizes que viabilizem a implementação da Lei do acompanhante, assim como garantir o direito conquistado pelas mulheres,

respaldado pelos profissionais engajados na humanização do parto e nascimento³. A presença do acompanhante durante todo o ciclo gravídico e puerperal converge para o 4º e o 5º Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, que se referem à redução da mortalidade na infância e melhora na saúde materna⁴. Identifica-se a necessidade de atender e acolher não somente a puérpera, mas também o acompanhante, garantindo a ambos a oportunidade de compartilhar sentimentos, vivências e, acima de tudo, auxiliando-os na construção das identidades maternas e paternas. O apoio contínuo a parturiente possui quatro dimensões; emocional com o objetivo de acalmar, encorajar e elogiar; conforto físico auxiliando a puérpera no banho, na mudança de posição, realização de massagens para alívio da dor e ajuda na alimentação; o informacional o que transmite à puérpera explicações e orientações sobre o que está ocorrendo; e intermediação quando o acompanhante reconhece os desejos da mulher e negocia com os profissionais. Desde 1995, a presença do acompanhante tem contribuído para o aumento dos partos vaginais, à percepção negativa sobre a experiência do nascimento, redução da necessidade de analgesia intraparto e a diminuição do trabalho de parto; assim como o aumento do nível de satisfação da mulher e da família com a experiência do nascimento³. É importante salientar, que a vivência do acompanhante na permanência com a puérpera no hospital fará com que ele adquira maior experiência nas atividades realizadas com a mulher e o bebê, tendo em vista que muitos acompanhantes presentes no puerpério, serão os mesmos que irão cuidar da mulher quando a mesma retornar para casa. Para que seja alcançada a garantia da presença do acompanhante, os órgãos responsáveis precisam supervisionar as instituições de saúde ligadas ao Sistema Único de Saúde ou à saúde suplementar, além de mudanças que devem ocorrer como capacitação e sensibilização dos profissionais. As mulheres também devem ser encorajadas, em redes sociais e grupos organizados, a buscar um cuidado digno e humanizado, resgatando o protagonismo feminino, com interpretação do nascimento como um evento fisiológico e familiar⁵. **OBJETIVO:** Caracterizar a participação do acompanhante nas primeiras 48 horas pós-parto. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal descritivo, aninhado a uma coorte de puérperas com gestação de alto risco. Realizou-se o estudo em uma maternidade pública do Norte do Paraná. A amostra constituiu-se de 170 acompanhantes das puérperas internadas na instituição do estudo nas primeiras 48 horas do pós-parto, no período de novembro de 2016 a julho de 2017. Para coleta de dados realizou-se entrevista com o acompanhante que esteve presente nas primeiras 48 horas pós-parto. Realizou-se formulário estruturado para o registro dos dados. Para análise utilizou-se o programa Statistical Package for Social Sciences versão 20.0. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A maioria dos acompanhantes eram adultos jovens (65,8%), do sexo masculino (61,2%), de raça branca (56,5%), com companheiro (84,1%), com escolaridade média (48,2%), ocupação remunerada (77%) e renda familiar de 2 a 3 salários mínimos (53,5%). Somente 52,0% tinha conhecimento sobre a Lei do Acompanhante. A ausência de acompanhantes durante a internação da puérpera foi justificada por necessidade de assumir tarefas em domicílio (15,2%). Dentre as atividades realizadas por acompanhantes a grande maioria considerou estar ao lado da mulher (74,2%), cuidados com neonato (73,5%), ajuda na amamentação (51,8%) e apoio ao autocuidado (47%). Quanto ao conhecimento do acompanhante sobre amamentação, a grande maioria considerou melhora da imunidade para o bebê (81,2%). **CONCLUSÃO:** Evidenciou-se a importância de

maior divulgação a população quanto a Lei do acompanhante no puerpério, tendo em vista dos benefícios que podem ser proporcionados à mulher no período pós-parto.

DESCRITORES: Período pós-parto; Gravidez de alto risco; Cuidados.

REFERÊNCIAS

1. Gonçalves AC, Rocha CM, Gouveia HG, Armellini CJ, Moretto VL, Moraes BA. O acompanhante no centro obstétrico de um hospital universitário do sul do Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2015; 36(esp):159-67.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Amigo, gravidez, parto e cuidado também são coisas de homem. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
3. Brüggemann OM, Oliveira ME, Martins HEL, Alves MC, Gayeski ME. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. *Escola Anna Nery*, 2013; 17(3): 432-38.
4. Gonçalves AC, Rocha CM, Gouveia HG, Armellini CJ, Moretto VL, Moraes BA. O acompanhante no centro obstétrico de um hospital do sul do Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2015; 36(esp):159-67
5. Monguilhott JJC, Brüggemann OM, Freitas PF, d'Orsi E. Nascer no Brasil: a presença de um acompanhante favorece o uso das melhores práticas no atendimento ao parto na região sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 2018; 52(1).

EFETIVIDADE DA VISITA DOMICILIAR PUERPERAL MULTIPROFISSIONAL

Tatiane Tokushima, Natana Evelyn Andreassi, Márcia Silva Canário, Mariana Haddad Rodrigues, Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli

Universidade Estadual de Londrina - UEL, Londrina-Paraná.

Autor para correspondência:
Tatiane Tokushima
Email: tatitokushima@hotmail.com

INTRODUÇÃO: O puerpério, ou pós-parto, caracteriza-se por ser um período de transição, momento em que a mulher, além de esposa e filha torna-se mãe. Essas mudanças podem deixar a puérpera vulnerável e interferir nos relacionamentos conjugal, sexual e afetivo. Além das adaptações psicológicas, a puérpera passa por alterações fisiológicas, quando um corpo que se adaptou para a gestação e parto, aos poucos volta ao estado pré-gravídico. Considera-se o período pós-parto cronologicamente variável, com início no nascimento do bebê e seu término com o fim das modificações do organismo materno, estendendo-se até o primeiro ano pós-parto. A importância de se buscar compreender as dificuldades da mulher no puerpério e agir de forma a tornar este, um período com menos dificuldades e frustrações tem por base o fato de que tanto a integridade física quanto psíquica da mãe irá transparecer na sua recuperação, no retorno às atividades diárias após o parto e na qualidade do cuidado que esta presta ao recém-nascido. O enfermeiro é um profissional habilitado, que serve de referência a esta nova família que está se formando, realiza ações educativas e fornece informações sobre a díade, durante todas as fases do ciclo gravídico-puerperal, com o objetivo de diminuir as chances de complicações no pós-parto. Durante a visita puerperal, o profissional de enfermagem procura ser resolutivo com as dúvidas e repassar informações precisas. A consulta realizada pelo enfermeiro na visita domiciliar puerperal, auxilia na criação e fortalecimento de vínculo profissional-usuário fornece oportunidade para ações educativas em saúde, proporciona um momento para observar e entender as dificuldades apresentadas e propor intervenções apropriadas ao seu contexto social.

OBJETIVO: Verificar a efetividade das orientações oferecidas pela equipe de saúde, durante a visita domiciliar puerperal precoce, segundo as dificuldades relatadas pela mãe. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal analítico. A população foi constituída por 84 puérperas pertencentes à área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde de Londrina-Pr. A coleta de dados aconteceu no período de março a dezembro de 2015. A primeira visita puerperal, realizada pela equipe da unidade de saúde ou da Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher, ocorreu até o 10º dia após o parto, quando as dificuldades foram identificadas e as orientações foram implementadas. No 42º dia após o parto, uma segunda foi realizada para verificação da efetividade das orientações ofertadas. Os dados referentes à visita puerperal domiciliar precoce foram transcritos de ficha padrão de visita domiciliar da Unidade Básica de Saúde. Já os dados para análise das queixas e orientações foram levantados por meio de análise documental das evoluções anotadas nos prontuários das puérperas, sob guarda da Unidade Básica de Saúde. Os Dados foram analisados no programa Statistical Package for Social Sciences, versão 20.0, descritos em frequências e percentuais e apresentados em tabelas. O projeto de

pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. Os sujeitos da pesquisa foram comunicados dos seus direitos mediante a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e dos deveres dos investigadores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: A população foi constituída de 84 puérperas, podendo ser observado que 59,5% (50) das mulheres eram brancas; 81% (68) delas tinham idade variando entre 20 a 42 anos e 19% (16) eram adolescentes; em sua maioria, 77,4% (65), as puérperas viviam com companheiro. Os dados do estudo demonstram que 59,5% (50) da amostra foi composta por múltiparas. Sobre a gestação vivenciada durante o período da pesquisa, 65,5% (55) delas referiram que a gravidez não havia sido planejada e em sua maioria, ou seja, 69% (58) delas passaram pela gestação sem intercorrências. Dessas 26 mulheres que apresentaram alguma alteração no período gestacional, 15,5% (13) apresentaram infecção de trato urinário. Uma parte significativa das mulheres, 78,6% (66), procurou os hospitais públicos secundários para parir; com relação ao tipo de parto, 51,2% (43) de cesárea e 48,8% (41) de parto vaginal. Entre os partos vaginais 27,4% (23) apresentaram laceração ou a necessidade de episiotomia. Quando questionadas sobre o período puerperal, 89,3% (75) das participantes não sabiam que a terminologia para o período pós parto era puerpério. Em se tratando da visita domiciliar realizada pela equipe da Unidade Básica de Saúde após a alta da maternidade, 60,7% (51) delas disseram saber sobre isso, dessas, em sua maioria, havia recebido a informação no serviço de saúde. Nesta pesquisa foi possível observar o papel da odontologia que em 20,2% (17) realizou uma visita domiciliar além da rotina da Unidade Básica de Saúde, e que 19% (16) dos acompanhamentos realizados por outros profissionais foi voltado para a atenção com a saúde da criança. Com relação as dificuldades encontradas no puerpério, 52,4% (44) das mulheres relataram alguma intercorrência com as mamas e 38,1% (32) apresentaram algum problema relacionado às eliminações, que foram minimizadas por meio das orientações. A queixa de cólicas do recém-nascido, esteve presente em 28,6% (24) dos casos, obtendo, com as orientações 91,% de efetividade. A análise bivariada demonstrou significância estatística entre as orientações de conforto, controle do ambiente e iluminação e redução de cefaleia ($p=0,014$). Higiene adequada e uso de medicação conforme a prescrição médica na alta da maternidade associaram-se com a diminuição da dor e hiperemia nas episiorrafia ou lacerações ($p=0,025$).

CONCLUSÃO: Sendo o puerpério um período de muitas mudanças, a visita puerperal torna-se instrumento, ou seja, proporciona ao profissional de saúde uma oportunidade para criar vínculos, conhecer a realidade e ver a interação da díade, auxiliando a equipe, na identificação das fragilidades e nas possíveis formas de intervir, como, realizar orientações pontuais, sanar dúvidas e repassar às famílias informações pertinentes ao momento vivenciado, assim como considerar as crenças da família que irão influenciar nesse período. Com o desenvolvimento do presente estudo se ressalta a necessidade de não deixar a mulher desamparada, sem assistência durante o puerpério, um momento de fragilidade em que qualquer barreira pode tornar essa experiência única, em traumática. A equipe de saúde, ao estar próxima da família tem a possibilidade de intervir e auxiliá-los na resolução das dificuldades que possam surgir. É importante ressaltar que a oferta e a adesão às orientações em saúde, influenciam positivamente na redução das dificuldades e possíveis complicações que acometem o puerpério.

DESCRITORES: Puerpério; Visita domiciliar; Orientação em saúde; Assistência multiprofissional.

REFERÊNCIAS

1. Acioli S, Kebian LV, de Araujo Faria MG, Ferraccioli P, Correa VD. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica [Nurses' work with children with cancer: palliative care]. *Revista Enfermagem UERJ*. 2015 Mar 10;22(5):637-42.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32).
3. Garcia ESGF. Atuação da equipe de enfermagem na assistência às gestantes e às puérperas em unidades de atenção primária à saúde do município de Alfenas/MG/Brasil [dissertação]. Alfenas: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – MG. 2013. Acesso em 14 março 2016 <http://bdtd.unifal-mg.edu.br:8080/handle/tede/335>
4. Guerreiro EM, Rodrigues DP, Queiroz ABA, Ferreira MA. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. *Rev. bras. enferm.*[Internet]. 2014 Feb [cited 2018 May 26] ; 67(1): 13-21. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672014000100013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140001>.

QUEIXA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DURANTE A CONSULTA GINECOLÓGICA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Daniela Biguetti Martins Lopes, Gabrielle Aparecida Soares Garcia, Thelma Malagutti Sodré, Natalia Carolina Rodrigues Colombo, Luna Cristal Alonso

Universidade Estadual de Londrina - UEL, Londrina-Paraná.

Autor para correspondência:
Daniela Biguetti Martins Lopes
Email: daniela.biguetti@gmail.com

INTRODUÇÃO: A Sociedade Internacional de Continência define a incontinência urinária como a perda involuntária de urina, sendo dividida em três subtipos: incontinência urinária de esforço; incontinência urinária de urgência e incontinência urinária mista. Esta morbidade pode ser considerada um problema de saúde pública e epidemiologicamente significativo, pois revela um contexto de relevância mundial que afeta principalmente as mulheres, sendo que toda população acometida com incontinência urinária vivencia uma experiência de difícil enfrentamento, já que não se beneficiam do conhecimento técnico-científico voltado à prevenção e à reabilitação da incontinência urinária, que ainda é invisível às políticas públicas, aos órgãos formadores e, conseqüentemente, à avaliação clínica e às intervenções executadas pelos profissionais¹. A literatura mostra vários fatores de risco associados ao desenvolvimento da incontinência urinária, destacando-se: idade, raça, paridade, tipo de parto, índice de massa corpórea, estado hormonal, uso de medicações, uso de álcool e cafeína, comorbidades, como a associação com a hipertensão arterial e, ainda, a situação socioeconômica². Embora a incontinência urinária ocasione alterações na vida das pessoas que a vivenciam, um grande número de mulheres com queixa de incontinência urinária não procuram tratamento³. Além da falta da busca de tratamento para a incontinência urinária, a mesma tem sido subestimada, frequentemente negligenciada e não tem recebido atenção especial dos profissionais de saúde, muitas vezes por falta de informações, principalmente, sobre os fatores de risco, o que se torna um obstáculo para o diagnóstico precoce⁴. A literatura aponta as intervenções de enfermagem, assim como a anamnese de enfermagem detalhada, que pode auxiliar no diagnóstico e no controle da perda urinária, contribuindo para melhorar a qualidade de vida das mulheres incontinentes. Portanto, é de extrema relevância a captação precoce de mulheres que referem à incontinência urinária. Estudos epidemiológicos mostram que a cobertura de exames de rastreamento de câncer de colo uterino é satisfatória no Brasil, sendo este ambiente propício para detecção e cuidado de outros problemas de saúde que afetam a qualidade de vida da mulher, como é o caso da incontinência urinária¹. A enfermeira tem um papel importante na prevenção e no diagnóstico da incontinência urinária, por meio da anamnese, da avaliação clínica, da orientação e do manejo adequado. **OBJETIVO:** Identificar a prevalência de incontinência urinária; verificar os tipos de incontinência urinária e os fatores de risco associados à incontinência urinária. **MÉTODO:** Estudo transversal e descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de Saúde Santiago, nomeada Centro de Saúde Municipal Dr. Edgar Bezerra Valente,

localizada na zona geográfica Oeste do município de Londrina-PR, a população foi constituída por 285 mulheres que compareceram à Unidade Básica de Saúde Santiago para a coleta do exame citopatológico agendado para as Enfermeiras Residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Londrina, entrevistadas no período de janeiro a dezembro de 2014. Foram utilizados como critério de inclusão a idade igual ou superior a 18 anos; não apresentar dificuldades cognitivas que possam afetar sua compreensão, e aceitar participar do estudo e foram excluídas da pesquisa as mulheres que interromperem a entrevista antes de seu término. Para coleta de dados foi utilizado um formulário elaborado pela pesquisadora, composto por perguntas fechadas e complementares, com dados de identificação, ginecológicos e obstétricos da mulher, e dados sobre ocorrência de perda de urina. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os resultados indicaram prevalência de 31,9% (91 - 285) de perda involuntária de urina referida pelas mulheres que atenderam os critérios de inclusão. As 91 entrevistadas que referiram IU, apresentaram a seguinte caracterização: idade entre 18 e 80 anos, a maioria (70 – 76,9%) se considerava de cor branca, 7 (7,6%) consideravam-se de cor negra e 14 (15,3%) de cor parda. Quanto à escolaridade, apenas cinco (5,4%) eram analfabetas, 34 (37,3%) não completaram o ensino fundamental, enquanto que 23 (25,2%) concluíram o ensino médio e três (3,3%) o ensino superior. 78,0% (71) das mulheres referiram ter companheiro. Quanto à ocupação, 50 mulheres (54,9%) relataram atividades relativas do lar e 41 (45,0%) tinham vínculo empregatício, e 45 (49,4%) relataram que suas atividades exigiam esforço físico. O índice de massa corporal calculado no momento da entrevista mostrou que a proporção de mulheres com sobrepeso foi de 39,5% (36%), com obesidade 36,2% (33) e com obesidade mórbida 2,2% (2). Na relação das características sociodemográficas com a ocorrência de incontinência urinária, apenas a ocupação e esforço físico apresentou diferença estatística significativa (p -valor=0,002). Dados clínicos referentes à intercorrências de saúde, demonstrou que 56,0% das mulheres que referiram perda involuntária de urina apresentam problemas de saúde tais como: problemas respiratório, neurológico e físico, e que esta variável apresentou significância estatística com o surgimento da incontinência urinária. A variável infecção do trato urinário não apresentou significância estatística com o surgimento da perda involuntária de urina. No entanto, vale destacar que a infecção do trato urinário é um fator de risco para esta morbidade e os resultados mostraram que 73,6% relataram que tiveram infecção do trato urinário e que a esta foi tratada. Os dados obstétricos, mostraram que das mulheres que referiram incontinência urinária 11 (14,5%) eram nulíparas, 10 (12,7%) eram primíparas e 70 (72,3%) eram múltipara, 38 (41,7%) tiveram parto normal, 22 (24,1%) foram submetidas a cesariana e 2 (2,2%) tiveram parto fórceps. Quando interrogadas quanto ao conhecimento da morbidade em questão, 65,4% (60 – 91) das mulheres que auto referiram incontinência urinária relataram apresentar conhecimento sobre a temática, mas apenas 29,0% tinham conhecimento do tratamento. No presente estudo, predominou-se a incontinência urinária mista (52,7%), seguida da incontinência urinária de esforço (32,9%) e de urgência (15,3%). Apenas 60 (34,0%) mulheres que referiram incontinência urinária comunicaram a intercorrência ao profissional de saúde e 43 (47,2%) das mulheres relataram que a incontinência urinária interfere nas atividades diárias e as 48 (52,7%) consideravam algo normal. Conclusão: Os achados mostram predomínio de incontinência urinária em mulheres com idade igual ou maior à 50 anos, em mulheres brancas, com índice de massa

corporal acima dos valores de normalidade. Vale destacar que mesmo sem significância estatística, o surgimento da incontinência urinária independe do tipo de parto. Com esta pesquisa foi possível identificar o quão importante é a anamnese completa durante o exame ginecológico, pois, diversas mulheres desconsideram a incontinência urinária como uma doença e passam a conviver com o desconforto, privação das atividades diárias, muitas vezes por falta de conhecimento e/ou vergonha. Os resultados encontrados neste estudo e em outros semelhantes evidenciam uma contradição de que em bora a incontinência urinária seja um dos agravos mais frequentes na saúde da mulher e que pode afetar sua qualidade de vida, a busca de seu tratamento não é priorizada e sua identificação não faz parte do atendimento do profissional de saúde. Portanto, torna-se imprescindível a implementação de educação pública capaz de orientar a comunidade sobre o problema e suas soluções terapêuticas, visando minimizar o impacto no cotidiano dos portadores, bem como intervir com medidas de avaliação de qualidade de vida em estudos, apontando novas evidências a respeito dessa afecção. Diante as queixas referente a incontinência urinária, relatadas pelas mulheres durante a coleta do exame citopatológico, foi desenvolvido um grupo multiprofissional com psicóloga, enfermeira, educadora física, no qual as mulheres eram orientadas quanto a temática, exercícios para fortalecimento do assoalho pélvico e espaço escuta. Considera-se fundamental que o enfermeiro tenha um papel importante junto dessas mulheres na prevenção, diagnóstico e tratamento, por meio da queixa clínica, e na orientação, evitando que condutas inadequadas sejam tomadas, o que pode causar complicações e danos a saúde dessas mulheres.

DESCRITORES: Incontinência Urinária; Saúde da mulher; Qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Albuquerque KM, Frias PG, Andrade CLT, Aquino EML, Menezes G, Szwarcwald CL. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25 Suppl 2:S301-9.
2. Delarmelindo RCA, Parada CMGL, Rodrigues RAP, Bocchi SCM. Estratégias de enfrentamento da incontinência urinária por mulheres. *Rev Esc Enferm USP*.2013; 47(2):296-303. www.ee.usp.br/reeusp/.
3. O'brien J, Austin M, Seth P, O'boyle P. Urinary incontinence: prevalence, need for treatment, and effectiveness of intervention by nurse. *BMJ*. 1991;303(6813):1308-12.
4. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S, Norwegian N. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med*. 2003;348(10):900-7.
5. Silva L, Lopes MHBM. Incontinência Urinária em Mulheres: razões da não procura por tratamentos. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(1):72-8. www.ee.usp.br/reeusp/.

O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM E O CONTATO PELE A PELE NO PARTO

Izabel Dayana de Lemos Santos, Iara Beatriz Lanaro, Fabiana Fontana Medeiros,
Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari, Juliana Carvalho Lourenço, Alexandrina
Aparecida Maciel Cardelli

Universidade Estadual de Londrina - UEL, Londrina-Paraná.

Autor para correspondência:
Izabel Dayana de Lemos Santos
Email: izabellemos87@hotmail.com

INTRODUÇÃO: O modelo hospitalocêntrico de parir do início do século XX até a década de 30, instituiu ambientes estéreis e antissociais para a recepção dos recém-nascidos. Salas anexas às salas de parto foram criadas com o intuito de que os procedimentos realizados no recém-nascido tivessem o índice de infecções reduzidas, separando então, o binômio mãe e recém-nascido no instante do nascimento. Distante do olhar materno os primeiros procedimentos passaram a ser realizados em berçários que mantinham os bebês afastados de suas mães por aproximadamente seis horas após o parto e só então eram levados para suas mães nas enfermarias para serem amamentados, e posteriormente retornavam para o berçário, onde recebiam os cuidados contínuos de profissionais médicos e da enfermagem¹. A partir de 1980, a Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância instituíram uma política de incentivo à amamentação, implementada pela criação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança por meio dos chamados “dez passos para o sucesso do aleitamento materno”. No quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança recomenda-se colocar o recém-nascido em contato com a pele de sua mãe imediatamente após o nascimento, considerando a avaliação da vitalidade do recém-nascido no momento do nascimento, um recém-nascido com boa vitalidade está apto para ser colocado em contato com a pele da mãe. O contato pele a pele é definido como aquele que acontece em temperatura ambiente de 26º C, o recém-nascido de bruços pele com pele sob o tórax ou abdome materno com as costas do recém-nascido envoltos por campos preaquecidos e que aconteça por no mínimo, uma hora, desta forma o recém-nascido localiza a mama iniciando movimentos de busca espontâneos e sucção, a amamentação acontece de maneira natural, ou seja, sem procedimentos invasivos, porém com supervisão de um profissional capacitado para a detecção precoce de qualquer tipo de intercorrência². Atualmente com base nos procedimentos recomendados para o parto segundo a Organização Mundial da Saúde o ideal para a promoção do contato pele a pele é que ele ocorra imediatamente após o parto, estudos científicos comprovam que esse contato traz benefícios adicionais a curto e longo prazo, pois além do estabelecimento da amamentação, ele proporciona maior estabilidade térmica do recém-nascido e do padrão cardíaco e respiratório, ajuda na expulsão da placenta, na involução uterina, na descida do leite, na prevenção de ingurgitamento mamário e incentiva o vínculo entre mãe e filho. Mediante seus benefícios, o contato pele a pele tem ganhado espaço e importância nas maternidades, mas ainda assim existem lacunas no método de aplicação. **OBJETIVO:** Identificar o conhecimento do trabalhador de enfermagem sobre o contato pele a pele no momento do parto. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa

qualitativa, descritiva. A pesquisa qualitativa é uma atividade da ciência que visa a construção da realidade, que se preocupa com as ciências sociais em um nível que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo subjetivo de cada pessoa.³ O estudo foi realizado em um hospital terciário credenciado ao Sistema Único de Saúde caracterizado como instituição pública, vinculado à Universidade Estadual de Londrina, considerado referência regional para o Sistema Único de Saúde, na região do norte do Paraná. A instituição realiza assistência a intercorrências obstétricas, parto de alta complexidade e atendimento a recém-nascidos de risco. O critério de inclusão para a pesquisa foi trabalhar há pelo menos um ano no setor maternidade e ter contato direto com os recém-nascidos. O quadro de funcionários da instituição conta com 20 integrantes, sendo estes exclusivamente mulheres, entre elas enfermeiras e técnicas de enfermagem. No entanto apenas cinco funcionárias aceitaram participar da pesquisa e 15 se recusaram a participar alegando não ter tempo para colaborar com a pesquisa. A pesquisa aconteceu no período de junho a agosto de 2017. Para análise das entrevistas foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin que basicamente desdobra-se nas seguintes fases: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados; a inferência e a interpretação⁴. As questões norteadoras utilizadas foram: "O que é contato pele a pele?", "Qual o seu conhecimento sobre o contato pele e pele nos partos de alto risco?". Para garantir o sigilo sobre a identidade do participante, no estudo foram identificadas pelas iniciais "E", Ex: E1, para assegurar e preservar sua identidade. Os funcionários que estavam dentro das exigências da pesquisa e que aceitaram participar foram esclarecidos sobre a finalidade, os objetivos e a metodologia do estudo. Em observância às determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, número do parecer 1.757.596 e CAAE 59935716.7.0000.5231, os funcionários que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, permanecendo com uma delas e a outra com o pesquisador.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Desvelou-se uma categoria emergente: "O conhecimento e a prática da técnica do contato pele a pele com recém-nascido de alto risco". A identificação do conhecimento e a aplicação desta técnica mostrou que os profissionais reconhecem como fazê-la, mas não tem clareza do momento ideal para a sua execução e nem o conhecimento em relação a seus benefícios para mãe e o recém-nascido. Identificou-se conhecimento vago de quando aplicar a técnica. O conhecimento do profissional de enfermagem, que caracteriza o perfil dos funcionários da maternidade da instituição em questão, não tem sido atualizado para melhor fixação da fundamentação científica para a aplicação do contato pele a pele no momento do parto, o que pode resultar em baixa adesão da técnica.

CONCLUSÃO: Na pesquisa observaram-se lacunas em relação ao conhecimento e a prática do contato pele a pele no momento do parto por parte dos funcionários que a executa. Infere-se a necessidade de avaliação da educação continuada que o hospital tem oferecido aos seus funcionários, para melhor percepção acerca do conhecimento que vem sendo aplicado. Um fator limitador do estudo foi a questão da escassa participação dos funcionários. Espera-se que este estudo contribua para uma reflexão aprofundada por parte do profissional da área de enfermagem, sobre o contato pele a pele em relação à sua prática e seus benefícios para o binômio mãe e recém-nascido no momento do nascimento.

DESCRITORES: Gravidez de alto risco; Enfermagem Obstétrica; Enfermagem materno-infantil.

REFERÊNCIAS

1. Avery GB. Neonatologia – Fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. 2. Ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1984.
2. Matos TA, Souza MS, Santos EKA, et al . Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. Rev. Bras. Enferm. Brasília, v. 63, n. 6, p. 998-1004, Dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 out. 2017.
3. Minayo MCS, Guerriero ICZ. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. Ciência e Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1103-12, abr. 2014.
4. Bardin L. Análise de conteúdo. 3rd ed. Edições 70. Lisboa; 2011.

ORIENTAÇÕES NO PUERPÉRIO PRECOCE ÀS MULHERES DE ALTO RISCO EM SUA ALTA HOSPITALAR

Fabiana Fontana Medeiros, Anna Luísa Gobbo Catharino, Izabel Dayana de Lemos Santos, Danielly Negrão Guassú Nogueira, Gisleine Favoreto Isaias, Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli

Universidade Estadual de Londrina - UEL, Londrina-Paraná.

Autor para correspondência:
Fabiana Fontana Medeiros
Email: fontana.fabi@hotmail.com

INTRODUÇÃO: Puerpério é definido como o período pós-parto até 42 dias após o final da gestação, sendo dividido em puerpério imediato a partir da primeira até à segunda hora do pós-parto; puerpério mediato ou precoce desde a segunda hora até o décimo dia do pós-parto, e puerpério tardio a partir do décimo dia ao quadragésimo segundo dia do pós-parto. O período puerperal constitui uma fase em que as modificações orgânicas locais e sistêmicas, inerentes à gestação, estão retornando ao estado pré-gravídico¹. O puerpério é considerado uma fase fisiológica, porém neste período podem ocorrer possíveis complicações. Sabe-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério são evitáveis, mas para isso é necessária a participação ativa do sistema de saúde. Neste sentido torna-se importante a oferta de cuidados qualificados, com ênfase na prevenção de complicações, conforto físico e emocional, e ações educativas que possam proporcionar à mulher subsídios para cuidar de si e do recém-nascido. As ações de prevenção a agravos puerperais devem ser permeadas pela escuta sensível e pela valorização das especificidades de cada mulher². Impulsionado pela necessidade de diminuir a morbimortalidade materna e perinatal, lançou-se em 2000 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, o qual tem como objetivo primordial assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, oferecendo atendimento e acompanhamento adequado à saúde materna e neonatal, por meio de uma assistência sistemática durante o pré-natal, parto e puerpério, sendo fundamental a inclusão de ações de promoção e prevenção. Melhorar a saúde materna é uma das principais prioridades da Organização Mundial da Saúde, almejando uma atuação eficiente na assistência, com identificação dos problemas que possam resultar em maiores danos à saúde das mulheres. A prevenção da mortalidade materna ocorre com a prevenção e o controle de complicações e todas as mulheres precisam ter acesso a cuidados pré-natais durante a gravidez, cuidados especializados durante o parto, e cuidados e apoio nas semanas após o parto³. Neste sentido, acredita-se que a assistência ao puerpério possui fragilidades nos serviços de saúde, tendo em vista que as mulheres não recebem informações suficientes para compreender as necessidades deste período, com informações direcionadas muitas vezes, nos cuidados com o neonato. Diante do exposto, reforça-se a importância de ser abordado pela equipe de saúde orientações relacionadas às necessidades puerperais, tendo em vista, que no puerpério a mulher necessita de atenção e cuidados, assim como o recém-nascido. Frente a esta problemática, torna-se importante a reflexão sobre as práticas

assistenciais no puerpério, com o envolvimento dos profissionais de saúde nas práticas educativas como estratégia de promoção da saúde, indispensável a este importante período da vida da mulher⁴. Além disso, as mulheres se perdem em meio a tantas opiniões de âmbito familiar e cultural, o que lhes dificulta conseguir selecionar o que é oportuno e adequado. Crenças e mitos acerca do período puerperal podem confrontar-se com as orientações transmitidas pela equipe de saúde. Neste contexto, a falta de informações ou a insuficiência destas tornam a mulher vulnerável a agravos à saúde. A orientação puerperal tem o objetivo de sanar dúvidas e diminuir a ansiedade da mulher, que pode apresentar sensações de estranhamento, insegurança e medo, além da sobrecarga e do cansaço. A puérpera deve ter acesso a uma assistência qualificada, na qual seja possível compartilhar ansiedades, assim como esclarecimento de dúvidas para amadurecimento e resposta à nova etapa de sua vida. Após a alta hospitalar deve ser proporcionada a continuidade da assistência na atenção primária à saúde, com visita domiciliar puerperal, consulta puerperal, puericultura e planejamento familiar. A atenção à mulher e ao recém-nascido no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é indispensável para a saúde materna e neonatal. Recomenda-se uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do neonato. Caso o recém-nascido tenha sido classificado como de risco, esta visita deverá acontecer nos primeiros três dias após a alta. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde deve ocorrer do sétimo ao décimo dia após o parto, sendo incentivado desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar⁵.

OBJETIVO: Identificar as orientações recebidas pelas puérperas de alto risco no momento da alta no puerpério precoce. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal descritivo aninhado a uma coorte prospectiva. Realizado em uma maternidade pública do Sul do Brasil. A amostra foi constituída por 296 puérperas, no período de outubro de 2016 a agosto de 2017. As variáveis do estudo foram aspectos socioeconômicos e demográficos; dados obstétricos; questões específicas de orientações recebidas sobre puerpério precoce e profissional que orientou a puérpera. Os dados foram transcritos por meio de formulário semi-estruturado. Para coleta de dados utilizou-se o prontuário hospitalar, a carteira pré-natal, a entrevista durante a internação da puérpera e o contato telefônico no 10º dia do pós-parto. Para análise de dados utilizou-se o software SPSS 20.0. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, com número do parecer 1.757.596 e CAAE 59935716.7.0000.5231. As participantes do estudo foram esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa, sendo entrevistadas somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Houve predomínio a idade de 21-34 anos (62,8%), mais da metade de raça branca (57%), a grande maioria morava com companheiro (86,9%), apresentavam condição de ocupação não remunerada (55,2%), com renda familiar maior que 3 salários mínimos (49,3%), e mais da metade com ensino médio (56,2%). Quanto ao histórico obstétrico, 49,6% possuíam entre 2 e 3 filhos e com intervalo interpartal maior que 2 anos (52,6%). Quanto às orientações recebidas na alta hospitalar, houve predomínio do retorno puerperal (80,4%), infecção puerperal (62,2%), incentivo e manutenção do aleitamento materno (59,7%), cuidados com as mamas (32,4%) e doação de leite materno (23%). A grande maioria recebeu informação sobre cuidados com o recém-nascido (89,6%), sendo estas informações sobre puericultura (87,2%), infecção neonatal (74,7%), cuidados com o coto umbilical (65,2%), banho (59,1%), sono (30%), cólica

intestinal (22,3%) e prevenção de dermatite (20,3%). Dentre os profissionais que forneceram orientações às puérperas destacou-se o enfermeiro (65,7%), o médico (21,6%) e o auxiliar/técnico de enfermagem (12,7%). **CONCLUSÃO:** Evidenciou-se a importância de educação continuada aos profissionais, direcionada para a alta hospitalar, assim como a implementação de protocolo puerperal às gestantes de alto risco.

DESCRITORES: Período pós-parto; Gravidez de alto risco; Educação em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Montenegro CAB, Rezende Filho J. Obstetrícia Fundamental. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011; 12 ed.
2. Almeida MS, Silva IA. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. Rev Esc Enferm USP, 2008; 42(2):347-54.
3. World Health Organization, UNICEF. Maternal Mortality. Geneva: WHO/UNICEF; 2015.
4. Castiglioni CM, Wilhelm LA, Prates LA, Cremonese L, Demori CC, Ressel LB. Práticas de cuidado de si: mulheres no período puerperal. Revista de enfermagem UFPE, 2016; 10(10):3751-59.
5. Strapasson MR, Nedel MNB. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. Rev Gaúcha Enferm, 2010; 31(3):521-8.

OS CAMINHOS PERCORRIDOS PELA GESTANTE DE ALTO RISCO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Aline do Nascimento de Andrade, Jeniffer Karolina Pereira Pietrzak, Izabel Dayana de Lemos Santos, Fabiana Fontana Medeiros, Cátia Campaner Ferrari Bernardy, Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli

Universidade Estadual de Londrina - UEL, Londrina-Paraná.

Autor para correspondência:
Aline do Nascimento de Andrade
Email: alineandrade.uel@gmail.com

INTRODUÇÃO: A gestação de alto risco é caracterizada pela maior probabilidade de adoecimento e necessidade de procedimentos de alta complexidade. Procedimentos esses que são ofertados em serviços de referência. Para realizar a identificação de prováveis morbidades gestacionais com agilidade, utiliza-se a classificação de risco, que torna possível reconhecer e qualificar os agravos, e assim, determinar o tipo de atendimento e tecnologias a serem utilizadas para essa gestante. Estima-se que 15% das gestantes podem desenvolver uma ou mais morbidades e então ser classificada como alto risco¹. Estas gestantes devem receber um cuidado diferenciado, com objetivo de facilitar seu acesso ao serviço de saúde, tanto na atenção básica quanto na avançada², diminuindo assim, fatores que possam causar algum tipo de prejuízo à gestante e ao feto. Todo este manejo de orientações e esclarecimentos às gestantes de alto risco tem como objetivo diminuir o número de óbitos maternos. Atualmente, a taxa brasileira de mortalidade materna é de 26 mulheres para cada 100.000 nascidos vivos. O óbito materno pode estar relacionado a causas definidas de forma direta e indireta. As diretas surgem durante o processo gestacional, por meios de tratamentos incorretos ou mesmo intervenções desnecessárias e as indiretas ocorrem por morbidades anteriores a gestação³. Destaca-se a importância do atendimento de qualidade e o encaminhamento adequado pelas Unidades Básicas de Saúde, que baseadas em protocolos de assistência à detecção de agravos, elaborados pelo Ministério da Saúde, são capazes de detectar possíveis agravos em tempo hábil, para que as medidas necessárias sejam prestadas à gestante, nos serviços de referência³. **OBJETIVO:** Conhecer o trajeto percorrido pelas gestantes de alto risco em relação aos seus encaminhamentos aos serviços de saúde. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, descritivo, recorte de uma coorte prospectiva sobre gestação de alto risco. Realizado na Maternidade do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, vinculado à Universidade Estadual de Londrina. Uma instituição pública, de atendimento exclusivo ao Sistema Único de Saúde, referência na região, que atende os municípios pertencentes à 17^o regional de saúde, situado na cidade de Londrina, Paraná. O Hospital Universitário realiza assistência às intercorrências obstétricas, partos de alta complexidade e atendimento aos recém-nascidos de risco. Atualmente sua maternidade tem o Certificado de Amigo da Criança, com 1447 atendimentos no ano de 2015, tendo uma média mensal de 121 mulheres atendidas. A população do estudo foi composta por puérperas classificadas de alto risco. A amostra foi definida com base nos atendimentos da instituição um ano antes da

pesquisa, utilizando ferramentas estatísticas para sua definição⁴. Desta maneira a amostra foi constituída por 319 mulheres, considerando-se um erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%. Foi realizado estudo piloto para adequação dos dados e utilizou-se formulário semiestruturado para a coleta em prontuário, cartão de pré-natal e entrevista às mulheres no momento do puerpério, que aconteceu nos meses de outubro de 2016 a agosto de 2017. Os dados foram compilados no programa SPSS® versão 20.0. Foi utilizada estatística descritiva, com base na frequência relativa e absoluta, para a análise dos seguintes indicadores: aspectos sócio-demográficos; histórico obstétrico; tempo de espera para primeiro atendimento no local de referência, após encaminhamento; conhecimento da gestante sobre sua morbidade e encaminhamento para alto risco e local de encaminhamento para gestantes de alto risco. Em observância às determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, com número do parecer 1.757.596 e CAAE 59935716.7.0000.5231. As mulheres que concordaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, permanecendo uma via com a participante e a outra com o pesquisador.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Das 319 mulheres que participaram da pesquisa. Foi constatado que: 58% eram de etnia branca, 78% apresentavam idade entre 20 a 30 anos, cerca de 40% das mulheres estavam na sua primeira gestação, 56% possuía ensino superior, 57% praticavam exercícios físicos de leve intensidade e 48,8% das usuárias do serviço, possuíam renda familiar de mais de dois salários mínimos. Dentre as entrevistadas, 21% foram atendidas pelas Unidades Básicas de Saúde e não foram encaminhadas para os serviços de referência especializada, mesmo assim tiveram a resolução de sua gestação em uma maternidade de alto risco. Por volta de 28% das mulheres não apresentava em seu cartão de pré-natal, registro de seu risco gestacional, porém 71% tinham classificação de risco. Aproximadamente 33% das gestantes aguardavam em torno de 15 dias para seu atendimento no serviço de referência, outras 7% esperaram por mais de 120 dias. A maioria dos encaminhamentos das gestantes, ocorreu por morbidades do sistema circulatório/cardíaco 42,9% e 21% apresentavam problemas no sistema metabólico. Dentre as entrevistadas, 64% foram informadas, que deveriam procurar o serviço de alto risco para resolução da gestação, as demais, 10,9% procuraram maternidades de baixo risco ou não foram informadas sobre o serviço que deveriam procurar (21,1%). Foi perguntado a essas mulheres, o que elas achavam em relação ao atendimento ofertado nos serviços de referência, 23% das mulheres não quiseram opinar e 9,3% avaliou como insatisfatório o pré-natal realizado. Das puérperas participantes, 40,4% não eram moradoras de Londrina, e as que residiam no município, 51% moravam na zona norte de Londrina - cabe lembrar que o hospital está localizado na zona leste da cidade, assim 68% das gestantes vieram por meios próprios para atendimento na maternidade.

CONCLUSÃO: O estudo demonstrou que ainda existem lacunas em relação a classificação de risco e às informações ofertadas as gestantes, no sentido de qual serviço procurar em caso de intercorrências e de resolução da gestação. O déficit nas informações recebidas a respeito de seus diagnósticos e classificação de risco gestacional pode gerar consequências negativas no processo de gestar e parir das usuárias, visto que algumas delas buscaram serviços não compatíveis com suas morbidades e/ou ainda nem todas tinham conhecimento sobre o real motivo de serem classificadas como

alto risco. É de extrema importância uma comunicação efetiva entre profissionais e gestantes, e também por meio de referência e contra referência, garantindo a continuidade de um serviço de qualidade e segurança para gestante e feto.

DESCRITORES: Gravidez de Alto Risco; Encaminhamento e Consulta; Serviços de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva (CH): World Health Organization; 2000. [Acesso em 15/07/2016]. Disponível em: http://www.iawg.net/resources/RH%20Kit%2011%20%20Complications%20of%20pregnancy%20and%20childbirth_midwives%20and%20doctors.pdf .
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília 2012.
3. Oliveira DC, Mandu ENT. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. Esc. Anna Nery [online]. 2015, vol.19, n.1, pp.93-101. ISSN 1414-8145. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150013> .
4. Barbeta PA. Fórmula para o cálculo do tamanho mínimo da amostra. Estatística aplicada às ciências sociais. 8. ed. Florianópolis: UFSC, 2012. 320 p.

PERFIL DE MULHERES QUE REALIZARAM O EXAME DE PAPANICOLAOU EM UMA UNIDADE DE SAÚDE

Giovana Garbelini de Souza, Nathalia Jung Ferreira, Maria Elisa Wotzasek Cestari,
Keli Tomeleri Da Fonseca Pinto

Universidade Estadual de Londrina - UEL, Londrina-Paraná.

Autor para correspondência:
Giovana Garbelini de Souza
Email: gi_garbelini@hotmail.com

INTRODUÇÃO: Um dos principais pilares da Atenção Básica de Saúde são as ações voltadas às mulheres, com destaque na atenção à prevenção dos cânceres ginecológicos. O câncer do colo de útero é um problema de saúde pública muito importante, sendo o terceiro tumor mais frequente na população feminina, estando atrás do câncer de mama e colorretal, e a quarta causa de morte em mulheres no Brasil¹. O câncer de colo de útero é causado pela infecção persistente de alguns tipos do Vírus Papilomavírus Humano, estando presente em quase 100% dos casos de câncer². Desde o ano de 2014 a vacina quadrivalente contra o Vírus Papilomavírus Humano apresenta-se como uma nova estratégia de prevenção do câncer de colo uterino³. Entretanto, mulheres em atividade sexual anterior à disponibilidade da vacina e também as que estão fora da faixa etária de cobertura (9 a 13 anos) aumentando a idade para 14 anos, não tiveram oportunidade dessa proteção vacinal. Para esse grupo, as formas mais efetivas para a prevenção do câncer do colo de útero continuam sendo comportamentos sexuais seguros, como o uso da camisinha e o exame de citologia cervical, conhecido como Papanicolaou. A citologia cervical deve ser realizada em mulheres a partir de 25 anos que iniciariam a atividade sexual, a cada três anos, se os dois primeiros exames anuais apresentarem resultados normais, e com isso o rastreamento deve seguir até os 64 anos de idade³. Mesmo com ações de acolhimento e aumento da oferta de exames, muitas mulheres nunca realizaram a investigação pelo método de Papanicolaou. Assim, o conhecimento dos fatores determinantes à adesão das mulheres ao exame torna-se uma questão relevante na área da saúde, para que cada vez mais mulheres possam se beneficiar com as ações de prevenção. **OBJETIVO:** O objetivo desse estudo foi identificar o perfil das mulheres que compareciam ao exame de Papanicolaou em uma Unidade Básica de Saúde. **MÉTODO:** Tratou-se de um estudo de caso controle, transversal e retrospectivo com análise quantitativa dos dados. O estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde no município de Cambé-Pr, região localizada no sul do Brasil. Os indivíduos do estudo foram mulheres atendidas na Unidade Básica de Saúde no segundo semestre dos anos de 2014, 2015 e 2016, que compareciam para realização de prevenção do cânceres ginecológicos (câncer de mamas e colo de útero) atendidas pelos graduandos de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, durante a realização do atendimento à mulher, totalizando 215 mulheres. A coleta de dados ocorreu por meio de consultas às fichas, arquivadas na Unidade Básica de Saúde. Foram excluídas as fichas repetidas. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A caracterização sociodemográfica das mulheres investigadas demonstrou que a maioria encontrava-

se na faixa etária de 25 a 64 anos tratando-se de 80,9% (N: 174). De acordo com a formação escolar, muitas apresentavam baixa escolaridade (N: 85 - 40,1%). Entretanto, o predomínio foi de nove há mais anos de estudo (59,6%). A maior parte estava em união estável ou casada (N: 154-72%), apresentava sobrepeso ou obesidade (N: 126 - 62,4%). A história ginecológica e obstétrica demonstrou que a maioria tinha paridade de no mínimo um filho (N: 99 - 86,5%), não apresentava nenhuma queixa ginecológica (N:167 - 84,8%), ciclo menstrual regular (N:86 - 44,1%), tinha atividade sexual (N:174 - 82,1%), era sedentária (N:128 - 60,1%) e pouco mais da metade utilizava método contraceptivo (N:119 - 57,5%). Segundo o Instituto Nacional do Câncer o câncer do colo do útero é raro em mulheres até 30 anos e sua incidência maior se dá na faixa etária de 45 a 50 anos, sendo que a mortalidade aumenta progressivamente a partir de 40 anos, e diminuindo após 65 anos, pois os riscos de desenvolvimento é reduzido devido sua evolução ser de forma lenta. Resultados encontrados neste estudo demonstram menos comparecimento de mulheres de 15 a 24 anos de idade, sendo um grave problema de saúde pública, pois esta é a faixa etária mais susceptível a obter Vírus Papilomavírus Humano, lesões de baixo grau, que regredirão espontaneamente na maioria dos casos devido o fator imunológico, como também outras infecções sexualmente transmissíveis, mas que não apresentam comportamentos de busca sistemática pelos serviços de saúde. Pois o conhecimento deficiente, a imaturidade, o desinteresse sobre práticas preventivas, a não utilização ou a utilização inadequada de preservativos são desencadeadores para o surgimento de infecções sexuais. **CONCLUSÃO:** O perfil das mulheres que realizaram coleta de exame de Papanicolaou evidenciou-se por boa escolaridade, união conjugal, trabalhadoras, índice de massa corpórea elevada, não etilistas e não tabagistas, com pelo menos um filho, sem queixas ginecológicas, ativas sexualmente, sedentárias e em uso de métodos contraceptivos. Entretanto, evidenciou-se ações positivas e negativas relacionadas a comportamentos preventivos das mulheres. Sendo o enfermeiro o profissional que acolhe e demonstra à mulher privacidade durante a consulta de enfermagem, com isso garante a partir da utilização científica, a identificação de sinais e sintomas da doença, fornecendo ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde da mulher.

DESCRITORES: Papanicolaou; Saúde da Mulher; Atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Souza AF, Costa LHR. Conhecimento de Mulheres sobre HPV e Câncer do Colo do Útero após Consulta de Enfermagem. Revista Brasileira de Cancerologia 2015; 61(4): 343-50.
2. Teilo MA, Oselame GB, Dutra DA, Neves EB . Fatores relacionados à adesão do exame colpocitopatológico no município de Cerro Azul. Cienc Cuid Saude, Curitiba. 2014; 13(1):90-6.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2013.

ACEITAÇÃO DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR POR PARTURIENTES: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mayara Deina Menta, Juliana Botelho Dias, Rosiane Pereira Batista, Ana Vanessa Deffaccio Rodrigues, Maria Aparecida Moreira das Neves

Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, Apucarana-Paraná.

Autor para correspondência:
Mayara Deina Menta
Email: mayaramenta@hotmail.com

INTRODUÇÃO: O parto é considerado um fenômeno natural e a dor que o acompanha é uma experiência subjetiva e complexa que varia de mulher para mulher, visto que cada uma vivencia esse momento de maneira distinta, desse modo os profissionais devem respeitar sua individualidade¹. Os mecanismos da dor do parto são equivalentes aos da dor aguda e consequentes de variadas interações de natureza inibitória e excitatória, sofrendo influências de condição neurofisiológica, obstétrica, psicológica e sociológica, que interferem no seu limiar. Atingir o equilíbrio emocional durante o trabalho de parto é fundamental, pois quando os níveis de adrenalina estão altos, o sistema nervoso simpático é imediatamente ativado, aumentando os níveis plasmáticos do hormônio liberador de corticotrofinas, do hormônio adenocorticotrófico e do cortisol, comprovando assim, que o estresse é um mecanismo biológico adaptativo e de defesa². É papel do enfermeiro obstétrico e dos demais profissionais atuantes na assistência ao parto promoverem, portanto, cuidados com o objetivo de diminuir os estressores e possíveis despreparos enfrentados pela mulher no trabalho de parto, colocando à sua disposição informações e estratégias que lhe proporcionem segurança e conforto necessários¹. Mesmo observando posturas inovadoras que se iniciam no campo da enfermagem, compreende-se que dificuldades ainda perpetuarão por anos. Romper com o modelo tradicional, predominantemente biologicista é, de certa forma, um árduo e longo processo, exigindo dos profissionais de saúde mudanças comportamentais e de atitudes³. No que concerne ao alívio da dor à parturiente, os métodos não farmacológicos atualmente têm sido utilizados em substituição aos anestésicos e analgésicos durante o trabalho de parto e parto, limitando-se apenas a indicações médicas específicas. Os cuidados não farmacológicos de alívio da dor são evidenciados pelo movimento de humanização do parto, que têm ganhado força nos últimos anos⁴. Pode-se observar que o uso desses métodos ainda é pouco orientado pelos profissionais, sendo assim, não muito praticado pelas parturientes, consequentemente aumentando ainda significativamente os procedimentos mais invasivos. Diante do exposto, fica claro que o tema é significativo para demonstrar que o uso dos métodos não farmacológicos além de aliviar a dor e o estresse, ainda contribui para diminuir o uso de práticas baseadas no modelo tradicional biomédico, agregando benefícios ao trabalho de parto, parto e pós-parto. **OBJETIVOS:** Relatar a experiência quanto ao uso dos principais métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados, bem como a combinação desses e a aceitação por parte das parturientes de uma maternidade de referência do município de Apucarana-PR. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo de natureza descritiva do tipo relato de

experiência. Observou-se parturientes durante o período de março a maio de 2018. O local foi em um setor de pré-parto da maternidade de um hospital misto no município de Apucarana-PR, em períodos variados (matutino, vespertino e noturno) de dias especificados pelo calendário de prática do Programa de Residência Profissional em Enfermagem Obstétrica com ênfase na Rede Cegonha da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana-PR. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da AMS de Apucarana-PR teve início em março de 2016, contando anualmente com três vagas e passando por diversos cenários de prática da rede, tais como, Escola da Gestante, Unidade Básica de Saúde e setores do Hospital Materno Infantil do município, sendo a maternidade um desses. Foi observado que anteriormente à chegada da Residência, a unidade de pré-parto contava com apenas uma enfermeira obstétrica por período, a qual era também responsável pelo alojamento conjunto, totalizando em 21 leitos, acarretando em uma sobrecarga de trabalho e dificultando dessa forma, uma orientação e acompanhamento eficiente da realização dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o processo de trabalho de parto e parto. A entrada do Profissional de Saúde Residente na unidade propiciou uma assistência mais específica ao pré-parto e parto, possibilitando orientações mais pontuais, esclarecimento de dúvidas quanto aos procedimentos e maior supervisão durante a realização dos exercícios empregados. A orientação é dada de acordo com os dispositivos disponíveis no hospital e a possibilidade de execução dos mesmos. Contamos com a bola de nascimento ou suíça, o cavalinho e o banho de aspersão, além de outros métodos como a deambulação, o exercício respiratório, a massagem e a mobilidade materna, que podem ser utilizados individuais ou combinados. A bola de nascimento ou suíça é um recurso que deve ser utilizado com o objetivo de facilitar a adoção de postura vertical pela parturiente de forma confortável, e pode ser combinado com o banho de aspersão, onde a água morna contribui para a vasodilatação periférica promovendo uma melhor distribuição do fluxo sanguíneo e, conseqüentemente, o relaxamento muscular. A bola suíça também pode ser utilizada associada à massagem, por sua vez, esta trata-se de um método de estimulação sensorial que tem como característica o toque sistêmico e manuseio dos tecidos, com a finalidade de promover o alívio da dor e permitir o contato físico com a parturiente, intensificando o relaxamento, reduzindo o estresse emocional, contribuído com o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos⁵. Com a observação durante este período, verificou-se que não houve recusa por parte das parturientes com relação à utilização da bola suíça, ao banho de aspersão, à deambulação e aos exercícios respiratórios, bem como aceitação total por parte dos acompanhantes em massagear a região lombossacra da parturiente, permitindo assim alívio da dor, do estresse, tornando o processo mais confortável, tal como, promovendo um maior vínculo. No momento do parto as mulheres são orientadas quanto à escolha da posição de preferência, contribuindo para a diminuição de intervenções desnecessárias e favorecendo a saída do conceito. Observou-se um aumento do número de partos realizados de cócoras e quatro apoios, saindo da rotina da posição litotômica. Ainda, verificou-se a diminuição de lacerações de períneo, uso da episiotomia, cesarianas, administração de fármacos, colaborando para partos mais humanizados e naturais. **CONCLUSÃO:** A atuação do enfermeiro obstétrico de forma direta e exclusiva na unidade de pré-parto e parto favorece o uso dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, pois este é capaz de assistir e orientar às parturientes e acompanhantes de forma clara, visando uma boa aceitação e

consequentemente bons resultados, tais como alívio da dor, tensão e favorecimento da progressão do parto. Percebeu-se com a vivência que os mais utilizados foram a bola suíça, o banho de aspersão, a deambulação e os exercícios respiratórios, corroborando na diminuição das cesáreas e intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto normal.

DESCRITORES: Trabalho de parto; Parto humanizado; Humanização da Assistência.

REFERÊNCIAS

1. Mafetoni RR, Shimo AKK. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. R. Enferm. UFSM 2011 Mai/Ago;1(2):261-271.
2. Gayeski ME, Bruggemann OM. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2010 Out-Dez; 19(4): 774-82.
3. Davim RMB, Torres GV, Dantas JC. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. Rev Esc Enferm USP, 2009;43(2):438-45.
4. Sescato AC, Souza SRRK, Wall ML. Os cuidados não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. Cogitare Enferm 2008 Out/Dez; 13(4):585-90.
5. Gallo RBS, et al. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. FEMINA, Janeiro 2011, vol. 39, n. 1.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: ATENDIMENTO HUMANIZADO EM UMA MATERNIDADE DO SUS

Izabel Dayana de Lemos Santos¹, Fabiana Fontana Medeiros², Thelma Malagutti Sodré³, Marcelexandra Rabelo⁴, Mariana Haddad Rodrigues⁵, Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli⁶.

^{1,2,3,5,6}Universidade Estadual de Londrina - UEL, Londrina-Paraná.

⁴Pontifícia Universidade Católica do Paraná-PUC, Curitiba-Paraná.

Autor para correspondência:
Izabel Dayana de Lemos Santos
Email: izabellemos87@hotmail.com

INTRODUÇÃO: O ciclo gravídico-puerperal gera várias mudanças na mulher, entre elas as físicas e emocionais. Para passar por esse processo a mulher precisa de apoio familiar, social e dos serviços de saúde, desde o início de sua gestação até a sua resolução, desta forma garantindo o bem-estar da gestante e do feto, favorecendo a diminuição das taxas de mortalidade materna e neonatal e oferecendo um atendimento humanizado. No Brasil em 2013 foram 2.904.027 nascidos vivos e a região do Sudeste teve o maior número entre as regiões 1.147.627 nascidos vivos, a mortalidade materna neste mesmo ano alcançou o número de 1.686 mulheres no Brasil e de 617 na região Nordeste. O número de mortalidade materna por 100.000 nascidos vivos é de 58 mulheres em todo território brasileiro até o ano 2015, ou seja, 65% a mais do que o proposto pela Organização Mundial de Saúde^{1,2}. Para mudar essa realidade o Ministério da Saúde lançou estratégias que asseguram um atendimento de qualidade, por meio de protocolos e programas de saúde a nível nacional, embasados em evidências científicas e humanizado, proporcionando para família um momento harmonioso durante o ciclo gravídico-puerperal. Para que todas as diretrizes recomendadas pelas políticas de saúde sejam efetivadas no processo de trabalho a participação do profissional que atende essa gestante é de extrema importância **OBJETIVO:** Descrever a experiência de residentes no atendimento humanizado em uma maternidade no Sistema Único de Saúde **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência. O cenário do estudo foi a maternidade Bairro Novo, situado no bairro Sítio Cercado, na capital do Paraná em Curitiba. Inaugurada em 1997, para atender a demanda populacional que crescia na localidade, neste período atendia cirurgias de baixa complexidade e dispunha de uma maternidade, tendo seu funcionamento atrelado a Secretaria Municipal da Saúde e o Hospital Universitário Evangélico. Em 2013 começou a atender exclusivamente como maternidade, com atendimento exclusivo para Sistema Único de Saúde voltado para gestações de baixo risco, sob gerenciamento da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba. Atualmente realiza em média 200 partos por mês, encorajando o parto adequado para cada situação individual da parturiente, dispondo de 43 leitos de alojamento conjunto.³ A Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba em conjunto com Residência Multiprofissional de Saúde da Mulher ofertada pela Universidade Estadual de Londrina estabeleceu uma parceria, que consistia em um estágio de 30 dias na maternidade do Bairro Novo. A Residência Multiprofissional de Saúde da Mulher era composta por 16 profissionais entre eles: oito enfermeiros, dois

farmacêuticos, dois nutricionistas, dois profissionais de educação física e dois psicólogos, nos primeiros dois anos de parceria foram enviados os enfermeiros em duplas, em meses alternados. Neste estágio externo os profissionais de enfermagem puderam conhecer o processo de trabalho da maternidade Bairro Novo o que inclui: atendimento e classificação de risco obstétrico no pronto atendimento, consulta de pré-natal a partir de 37 semanas, atividade nas salas de práticas integrativas, acompanhamento e exame físico em gestantes durante o trabalho de parto, assistência ao parto de baixo risco, cuidados e avaliação ao puerpério imediato, auxílio e orientação ao aleitamento materno, apoio no contato pele a pele e amamentação na primeira hora e consultas de alta hospitalar. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** No primeiro momento os residentes provenientes da Universidade Estadual de Londrina eram recepcionados pelos residentes da Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba e assim era feita a adaptação do residente visitante, por meio de apresentação da estrutura da maternidade e apresentação dos funcionários de cada seguimento. Em semanas intercaladas a dupla de residentes visitantes eram separados, ficando um no atendimento do alojamento conjunto e outro no centro obstétrico sob responsabilidade da enfermeira do setor, passavam também uma semana na unidade de pronto atendimento acompanhados da enfermeira do setor na triagem das gestantes, deste modo conheciam de forma prática a dinâmica assistencial de cada seguimento. A maternidade Bairro Novo tem um trabalho integrado às unidades primárias do Sistema Único de Saúde um dos recursos utilizados pela instituição para manter o vínculo com as mulheres que futuramente terão seu parto na maternidade é a consulta de 37 semanas e a visita guiada na instituição. As gestantes ao chegar na maternidade são acolhidas e classificadas no pronto atendimento pela equipe de enfermagem e médica, a partir deste atendimento são orientadas e liberadas com alta médica ou em caso de internação, para resolução da gestação, são direcionadas ao centro obstétrico, sempre acompanhadas por um acompanhante de sua escolha. Em cada etapa do trabalho de parto e parto a mulher está assistida por alguém da equipe, que a orienta realizar atividades que auxiliem no trabalho de parto, para auxílio desta etapa, fazem uso de métodos não farmacológicos como a bola suíça, banho com água morna, musicoterapia, aromaterapia e escalda pés, este realizado em uma sala anexa direcionada só para terapias complementares. A maioria dos partos são assistidos por enfermeiras obstetras, o que auxilia para minimizar qualquer tipo de intervenção, ou seja, grande parte dos partos são naturais, acontecem na posição que a parturiente escolher e no local que ela se sente mais confortável. Todas as atividades desempenhadas durante o trabalho de parto são acordadas com a parturiente e seu acompanhante, existe uma parceria nas decisões dos cuidados ofertados. Após o parto é realizada a avaliação do recém-nascido por uma médica pediatra, ainda no colo da mãe, o recém-nascido com boa vitalidade tem o cordão clampeado tardiamente e é colocado em contato pele a pele com a mãe, o que auxilia na promoção da amamentação na primeira hora de vida. As puérperas ficam no mínimo 48 horas internadas em alojamento conjunto, com atenção intermitente em suas modificações estruturais fisiológicas, assim como na adaptação do recém-nascido. **CONCLUSÃO:** Os protocolos apresentados pelo Ministério da Saúde no atendimento as gestantes, traçam um caminho de assistência contínua e de qualidade de forma integral e respeitando a equidade de cada usuária, porém existem obstáculos para que a teoria seja colocada em prática. Não são todas as instituições que conseguem pôr em prática

as recomendações instituídas pelas organizações de saúde, o que muitas vezes leva a uma descrença da população em relação ao Sistema Único de Saúde. Neste trabalho foi apresentada uma instituição que segue as recomendações do Ministério da Saúde e consegue colocar em prática o que está descrito na teoria, provando que é possível dar um atendimento seguindo as diretrizes do SUS de forma humanizada.

DESCRITORES: Parto Obstétrico; Sistema Único de Saúde; Enfermagem Materno-Infantil.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da saúde. Informações de Saúde. DATASUS, 2013. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205%id=6939&VOb> Acesso em 03 jul. 2016.
2. Organização das Nações Unidas. PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Objetivos do Milênio. ODM5. 2016. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/ODM5.aspx> . Acesso em 10 de abr. 2016.
- 3 Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba. Maternidade do Bairro Novo. 2017. Disponível em: <http://www.feaes.curitiba.pr.gov.br/unidades/maternidade-bairro-novo.html>. Acesso em 10 jan. 2017.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: VINCULAÇÃO DA GESTANTE E SEU ACOMPANHANTE À MATERNIDADE

Juliana Botelho Dias, Ana Vanessa Deffaccio Rodrigues, Mayara Deina Menta,
Rosiane Pereira Batista, Maria Aparecida Moreira das Neves

Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, Apucarana-Paraná.

Autor para correspondência:
Juliana Botelho Dias
Email: juliana.jbd@hotmail.com

INTRODUÇÃO: Para tornar a mulher protagonista em sua vivência no trabalho de parto e parto, faz-se necessário reforçar a experiência do parto como um processo fisiológico, e para isto, a gestante e seu acompanhante devem estar preparados para tal momento. É importante que ambos se sintam acolhidos, pois assim contribuirá na redução da ansiedade e conseqüentemente, os tornarão empoderados¹. Uma forma de realizar tal empoderamento é através de informações e vinculação à maternidade. O direito da gestante ao conhecimento e vínculo à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde deu-se com Lei nº 11634, de 27 de dezembro de 2007². Uma maneira de concretizar esta prática é por meio da visita guiada à maternidade para a gestante e seu acompanhante, durante o pré-natal, para conhecer suas instalações físicas, o pessoal e os procedimentos de rotina.¹ Com a implantação da Rede Cegonha, que visa assegurar à mulher seus direitos de planejamento reprodutivo e atenção humanizada durante todo o período da gestação, parto, puerpério e à saúde do bebê, foi-se reforçando ainda mais a importância da vinculação da gestante à maternidade de referência³. Desta maneira, em 2012 o Paraná implementou a Rede Mãe Paranaense, trazendo também o conceito de que a gestante deve conhecer o local de nascimento do seu filho, bem como a rotina e os procedimentos realizados durante o seu período de internação⁴. Desde maio de 2016, com a iniciativa das Profissionais de Saúde Residentes do Programa de Residência Profissional em Enfermagem Obstétrica, da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, tem-se realizado visitas guiadas à maternidade de referência com as gestantes vinculadas ao pré-natal do município e seus acompanhantes. Antecedendo a visita à maternidade são realizadas orientações sobre os métodos não farmacológicos para o alívio da tensão e dor, rotinas e procedimentos da maternidade, processo de trabalho de parto, parto e puerpério. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de vinculação da gestante e seu acompanhante à maternidade de referência no município de Apucarana-PR. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo de natureza descritiva, tipo relato de experiência, realizado no município de Apucarana-PR. O processo de vinculação da gestante e de seu acompanhante à maternidade de referência do município é uma ação que tem sido desenvolvida pelas Residentes do Programa de Residência Profissional em Enfermagem Obstétrica da AMS de Apucarana, tendo início em maio de 2016. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A falta de conhecimento do processo de trabalho de parto e parto, as experiências de parto prévias inexitosas e o contexto cultural que a gestante está inserida, geram ansiedade nela e em seus familiares para vivenciar o momento do parto. O fato de o município ter apenas uma

maternidade de referência de risco habitual, intermediário e alto risco gera ainda mais insegurança, pois percebe-se que estas mulheres gostariam de ter escolhas quanto ao local de parto. A proposta da visita guiada à maternidade e a desmistificação da conjuntura em que a gestante traz como bagagem, fazem com que ela sinta-se protagonista em seu processo de trabalho de parto e parto, sendo empoderada para este acontecimento. Até o momento foram realizadas 42 visitas guiadas à maternidade de referência do município, participando 63 gestantes e 42 acompanhantes. Em Apucarana as visitas são conduzidas pelas Residentes do Programa de Residência Profissional em Enfermagem Obstétrica da AMS e acontecem semanalmente. São agendadas previamente pela Unidade Básica de Saúde e pela Escola da Gestante durante o pré-natal. Sabe-se que é papel das equipes de Atenção Primária à Saúde a vinculação da gestante à maternidade de referência⁴. Antecedendo a visita à maternidade são realizadas orientações com imagens ilustrativas, apresentando as diferenças entre trabalho de parto verdadeiro e as contrações de Braxton Hicks, os tipos de parto, as alternativas de métodos não farmacológicos para o período do trabalho de parto e parto, mobilidade materna, variedade de posições, alívio de tensão e dor, rotinas e procedimentos da maternidade. Estas orientações que acontecem antes da visita guiada têm duração média de uma hora, sendo realizadas em uma sala reservada de maneira que permita que as gestantes e seus acompanhantes cessem suas dúvidas, angústias e ansiedades. Posteriormente seguem à maternidade, acompanhados pelas Residentes, para conhecer toda a estrutura física, o pessoal e a rotina, de acordo com cada ambiente. As orientações sobre as massagens corporais e o apoio emocional são direcionadas aos acompanhantes. Ao conhecerem a sala de parto com a cama pré-parto, parto e pós-parto, as gestantes são orientadas quanto aos procedimentos e as rotinas do local. Ainda são apresentados os profissionais que estão presentes no momento da visita, com o objetivo de vinculação com a gestante. Visualizamos como elas ficam extasiadas com a estrutura e com as informações recebidas devido à aquisição de novos conhecimentos. Tem-se verificado que, ao final da visita as gestantes saem da maternidade com pensamentos mais positivos, demonstrando maior confiança e apresentando falas de tranquilidade e segurança. Foi observado que as parturientes que participam da visita à maternidade conseguem explicar os métodos não farmacológicos para o alívio da dor aos acompanhantes que estão presentes no momento do trabalho de parto e parto. Ainda, aderem mais ao banho de chuveiro, à deambulação ativa, à utilização da bola de nascimento, às técnicas de respiração e relaxamento. Observa-se que são capazes de expressar o que desejam naquele momento de forma ciente e segura, escolhem a via e posição de parto, limitando-se apenas a indicações médicas pontuais. Percebe-se que esta iniciativa tem sido um dos fatores contribuintes para o aumento do índice de parto normal da maternidade do município de Apucarana-PR, de 685 em 2016 para 869 em 2017. **CONCLUSÃO:** As orientações realizadas durante a visita guiada à maternidade para a mulher e seu acompanhante são capazes de reduzir o medo do desconhecido e a ansiedade, tornando-a mais segura e empoderada. Para corroborar tais vivências está sendo realizado um trabalho com as gestantes que participaram da visita, a fim de analisar a percepção delas sobre a influência e o impacto nas suas escolhas durante o trabalho de parto e parto, de acordo com as orientações recebidas e a visita à maternidade no município de Apucarana. Ainda, esta prática tem sido um estímulo para a reflexão e a

desmitificação sobre o processo do trabalho de parto e o parto normal para a mulher e seus familiares.

DESCRITORES: Cuidado Pré-Natal; Maternidades; Parto Humanizado.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
2. Brasil. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 28 dez 2007.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. Secretaria de Estado da Saúde (Paraná). Linha-guia da Rede Mãe Paranaense. Paraná: Secretaria de Estado da Saúde; 2017.

ORIENTAÇÕES REALIZADAS NA VISITA À MATERNIDADE DE ALTO RISCO

Milena Guerreiro Piacentini, Julia Miranda Cruz, Paula Gabriel Martins, Amanda Correa Rocha Bortoli, Mariana Mendonça Rodrigues, Keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto

Universidade Estadual de Londrina - UEL, Londrina-Paraná.

Autor para correspondência:
Keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto
Email: tomeleri@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO: O parto e nascimento à algum tempo vem sendo cercado por conceitos e modelos assistenciais a fim de mudar o olhar e a prática assistencial do profissional de saúde, especialmente sobre a parturiente e a família, esse movimento é conhecido como a humanização da assistência ao parto, com o objetivo de assegurar a melhoria da assistência obstétrica vigente e o uso de práticas menos intervencionistas¹. Assim a Rede Cegonha, surgiu como uma estratégia para diminuir os indicadores de mortalidade materna e neonatal, de práticas prejudiciais, de evidências insuficientes e inadequadas, e reverter o panorama atual das ações que envolvem a assistência ao ciclo gravídico puerperal e saúde reprodutiva²⁻³. A Rede Cegonha preconiza o atendimento humanizado, baseado em evidências científicas e utilização das boas práticas de atendimento ao parto e nascimento⁴, conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde, desde 1996. Acompanhando as modificações para a melhoria da assistência à saúde materno infantil, o Estado do Paraná implantou a Rede Mãe Paranaense, em 2012, como rede de assistência materno infantil⁵. A Rede surgiu, principalmente, pela estagnação dos indicadores de mortalidade materna e infantil e para o fortalecimento e organização da Atenção Primária em Saúde no Paraná. Tem como missão assegurar o acesso, promovendo uma assistência segura e de qualidade na gravidez, parto e puerpério, até as crianças com um ano de vida⁶. Ressalta-se que a gestação é um fenômeno fisiológico, assim, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Porém, há uma porcentagem pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável da gestação, tanto para o feto como para a mãe, sendo classificadas como “gestantes de alto risco”. A assistência ao pré-natal de alto risco visa diminuir o risco ao qual estão expostos a gestante e o feto, ou reduzir suas possíveis consequências. Contudo, um aspecto esquecido, é o componente emocional no seguimento da gestação de alto risco, que engloba fatores psíquicos preexistentes e atuais, e, os componentes da gravidez e ambientais, manifestando-se através de ansiedade, mecanismo emocional basal que se estende durante toda a gravidez, de forma crescente, até o final da gravidez. A hospitalização, tão comum, quanto por vezes necessária, no seguimento da gravidez de alto risco, deve ser considerada como um fator estressante adicional na gestação. Ressalta-se, que filhos de gestantes de risco, muitas vezes, também são de risco, o que pode levar à separação entre mãe e filho, sendo necessária a hospitalização do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A hospitalização de um filho na Unidade de Terapia Infantil Neonatal é uma situação que pode gerar danos emocionais para toda a família, por

tratar-se de um ambiente assustador que inibe o contato espontâneo entre mãe e filho. Comumente, o prolongamento da permanência hospitalar de neonatos desperta nos pais sentimentos de ansiedade, insegurança e culpa⁷. Nessa perspectiva, visando a qualidade do atendimento, com diminuição da ansiedade materna a Rede Cegonha, incorporada também, pela Rede Mãe Paranaense, tem como um dos princípios a vinculação da gestante desde o pré-natal até o local em que será realizado o parto, estimulando a visita à maternidade a qual a gestante está referenciada.⁸ A estratégia de vinculação, que faz parte da Rede Cegonha, é uma ação que determina a maternidade na qual a mulher vai parir e garante o direito ao atendimento na gravidez, no parto e após o parto. A Lei Federal nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, Art.1º, itens I e II, diz que é direito da gestante conhecer e estabelecer vínculo antecipado com a maternidade na qual receberá assistência no âmbito do SUS: “*Toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à: maternidade na qual será realizado seu parto e a maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal*”⁸. Diante do exposto, foi implantado no Hospital Universitário de Londrina o projeto de extensão Visita à maternidade de alto risco: conhecendo o desconhecido, que visa o acolhimento à gestante e seu acompanhante com o objetivo de diminuir a ansiedade relacionada ao ambiente hospitalar, sendo embasado nos princípios da Rede Mãe Paranaense. **OBJETIVO:** Descrever as atividades realizadas durante a realização do projeto Visita à maternidade de alto risco: conhecendo o desconhecido. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido no Hospital Universitário do Norte do Paraná. A coleta de dados ocorreu em maio de 2018, através da análise dos instrumentos de entrevistas dos participantes do projeto. Utilizou-se a análise descritiva dos dados. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O projeto iniciou-se em Agosto de 2017 e atendeu até o momento 96 pessoas, entre gestantes e seus acompanhantes. As atividades desenvolvidas foram: orientações sobre os tipos de parto, métodos não farmacológicos de alívio da dor, papel do acompanhante, direito do acompanhante, amamentação, rotinas hospitalar, Hospital Amigo da criança, declaração de nascido vivo e registro de nascimento, esclarecimento de outras as dúvidas e a visita orientada à maternidade. Ao realizar as visitas temos a oportunidade de encontrar gestantes internadas que haviam participado do projeto e elas relatam se sentirem acolhidas e mais seguras após a realização da visita e conhecimento do ambiente da maternidade, assim proporcionando um ambiente mais humanizado. Ressaltando que a viabilização das visitas às maternidades diminui a ansiedade e o medo das gestantes,⁹ principalmente em se tratando de uma gestação de alto risco. A visita possibilita que as gestantes e seus acompanhantes conheçam a maternidade e se possível a Unidade de Terapia Infantil Neonatal e identifiquem o local onde terão seus filhos, salientando que essa ação é estimulada também pelo Programa de Humanização ao Parto e Nascimento do Ministério da Saúde. Contudo, o local onde é realizada a roda de conversa é pequeno, comportando no máximo 15 pessoas. **CONCLUSÃO:** As atividades desenvolvidas até o momento estão contribuindo para a promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, e cumprindo com um dos objetivos e princípios da Rede Mãe Paranaense que é o conhecimento prévio à maternidade em que a gestante for referenciada e está em consenso com as Boas Práticas de Atenção à Saúde da Mulher. Espera-se que com as atividades realizadas a mulher e seu acompanhante se sintam acolhidos, favorecendo para um ambiente mais humanizado, contribuindo para que

o parto aconteça da forma mais natural possível. No entanto, identificou-se a necessidade de ampliação do local de realização da roda de conversa.

DESCRITORES: Maternidade; Gestante; Gravidez de alto risco.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459/GM, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
2. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação do Programa Rede Cegonha. Brasília (DF): 2011b. 45p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011c. 82p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf.
4. Giovanini MD. Rede Cegonha: da concepção à implantação [monografia]. Brasília (DF): Escola Nacional de Administração Pública, 2013.
5. Huçulak MC, Peterlini OLG. Rede Mãe Paranaense: relato de experiência. Revista Espaço para a saúde, Londrina, v. 15, n. 1, p 77-86, 2014. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/viewFile/18347/pdf_22.
6. Organização Mundial da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Tecnologia apropriada para partos e nascimentos. Recomendações da Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996.
7. Paraná. Secretaria do Estado do Paraná - SESA/PR. Programa Rede Mãe Paranaense. Linha guia. SESA-PR: Curitiba PR 2012.
8. Souza NL, Araújo ACPF, Costa PCC, Medeiros JÁ, Accioly JH. Vivência materna com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado. Revista Mineira de Enfermagem. 2010 abr./jun.; 14(2): 159-165.
9. Souza TG, Gaíva MAM, Modes PSS. A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre. n. 32, v. 3, p. 479-86. 2011. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/17497/1392>

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO EM GESTANTES DE ALTO RISCO

Thais da Silva Capello, Fabiana Fontana Medeiros, Izabel Dayana de Lemos Santos, Juliana Carvalho Lourenço, Natalia Carolina Rodrigues Colombo, Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli

Universidade Estadual de Londrina - UEL, Londrina-Paraná.

Autor para correspondência:
Thais da Silva Capello
Email: capellothais@outlook.com

INTRODUÇÃO: O planejamento reprodutivo está disponível pelo Sistema Único de Saúde e na decisão sobre dos Métodos Anticoncepcionais devem ser considerados os seguintes aspectos: a escolha da mulher, do homem ou do casal; características dos métodos; fatores individuais e situacionais. Em 1996, foi aprovado um projeto de lei que regulamenta o planejamento reprodutivo trazendo a obrigatoriedade de garantir à mulher, ao homem ou ao casal, assistência à concepção e contracepção¹. Os Métodos Anticoncepcionais podem ser classificados como: 1) Métodos Temporários (reversíveis) - Hormonais: orais (combinados, monofásicos, bifásicos, trifásicos e minipílula) injetáveis (mensais e trimestrais), implantes subcutâneos, percutâneos (adesivos), vaginais (comprimidos e anel) e o Sistema Liberador de Levonorgestrel. Os anticoncepcionais combinados contêm dois hormônios sintéticos: o estrogênio e o progestogênio e são semelhantes aos produzidos pelo ovário da mulher. Esse tipo de anticoncepcional se divide em monofásicos, bifásicos e trifásicos. Os monofásicos são os mais comuns e a dose dos esteróides é a mesma nos 21 ou 22 comprimidos ativos da cartela ou pode estar na apresentação de cartelas com 28 comprimidos, sendo 21 ou 22 comprimidos ativos, que contêm hormônios, seguidos de 6 ou 7 comprimidos de placebo, de cor diferente, que não contêm hormônios. Os bifásicos contêm dois tipos de comprimidos ativos, de cores diferentes, com os mesmos hormônios em proporções diferentes. Os trifásicos contêm três tipos de comprimidos ativos, também de cores diferentes, com os mesmos hormônios em proporções diferentes²; Barreira: diafragma, espermicida, esponjas, capuz cervical e preservativo feminino e masculino; Intrauterinos: medicados (Dispositivo Intrauterino de cobre e Dispositivo Intrauterino com levonorgestrel) e não medicados; Comportamentais ou vaginais: tabela ou calendário (Ogino-Knaus), curva térmica basal ou de temperatura, sintotérmico, Billings (muco cervical) e coito interrompido e duchas vaginais. 2) Métodos definitivos (esterilização) - Ligadura Tubária e Vasectomia³. As Unidades Básicas de Saúde ofertam os seguintes métodos: injetável mensal, injetável trimestral, minipílula, pílula combinada, diafragma, pílula anticoncepcional de emergência, Dispositivo Intrauterino, métodos definitivos, além dos preservativos⁴. Nenhum Método Anticoncepcional é 100% eficaz. Todos apresentam uma taxa de falha e o uso correto é um determinante. Os implantes, vasectomia, ligadura tubária, Dispositivo Intrauterino de cobre e Dispositivo Intrauterino com levonorgestrel, métodos hormonais (injetáveis mensais e trimestrais, oral combinado e minipílula), adesivo e o anel vaginal combinado são os Métodos Anticoncepcionais mais eficazes, com taxas de falha que variam de 0,05 a 0,6 gestações por cada 100 mulheres em uso consistente e correto no primeiro ano de uso². No Brasil, a

demanda não atendida por contraceptivos é estimada entre 6% e 7,7%, afetando cerca de 3,5 milhões a 4,2 milhões de mulheres em idade reprodutiva. Do total de nascimentos ocorridos nos últimos cinco anos, apenas 54% foram planejados para aquele momento. Entre os 46% restantes, 28% eram desejados para mais tarde e 18% não foram desejados⁵. Porém, mesmo diante da disponibilidade dos Métodos Anticoncepcionais, vive-se em um cenário em que muitas gestações não são planejadas, como trazem os dados anteriores. **OBJETIVO:** Conhecer situações que levam à falha do planejamento reprodutivo em gestantes de alto risco. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal descritivo aninhado à uma coorte prospectiva. A coleta de dados ocorreu entre outubro de 2016 e agosto de 2017, em uma maternidade pública no Sul do Brasil, durante internação de 319 puérperas. Os dados foram registrados por meio de um formulário semiestruturado, com coleta de dados da carteira de pré-natal, prontuário hospitalar e entrevista. **RESULTADOS:** A idade predominante no estudo foi entre 19 – 29 anos (48,28%), 30 – 39 anos 37,93%, menor que 19 anos 8,15% e maior que 39 anos 5,64%. A maioria de cor branca (57,05%), parda 28,12%, negra 13,16%, amarela 0,94% e indígena 0,62%. Quanto à situação conjugal, 86,94% tinham companheiro e 13,16% não. Em relação à moradia, 93,42%, eram residentes em zona urbana e 6,58% zona rural. No segmento escolaridade, 56,13% tinham ensino médio, 27,89% ensino fundamental, 15,36% ensino superior e duas mulheres eram analfabetas (0,62%). A maioria referiu ter ocupação não remunerada (55,17%) e 44,83% ocupação remunerada. Destacou-se a renda mensal acima de três salários mínimos (49,30%), 35,30% de dois a três salários mínimos e 15,40% até um salário mínimo. Verificou-se no estudo um número baixo de gestações anteriores, sendo: de duas a três 43,90%, uma gestação anterior 40,43% e quatro ou mais 15,67%. Observou-se a prevalência de patologias hipertensivas (37,33%), como: Pré-eclâmpsia em gestação anterior, Hipertensão Arterial Sistêmica, Hipertensão Arterial Crônica de Alto Risco, seguido de patologias metabólicas (21,08%), tais como: Diabetes Mellitus e Obesidade. As demais comorbidades apresentadas foram: infecciosas (10,81%), neurológicas (7,56%), pulmonar (7,56%), hematológicas (5,94%), cardiopatias (5,40%) e outras (4,32%). Entre as mulheres que utilizaram MAC, os mais utilizados foram: Hormonal Oral (56, 29%), Preservativo Masculino (34, 81%) e Injetável (8,90%). Em relação aos problemas com o uso, destacaram-se: esquecer-se de tomar o anticoncepcional (39,45%), uso de antibiótico concomitante (16,34%) e não utilização do preservativo durante todo o ato sexual (16,34%), não ter conhecimento (9,61%) e outros (18,26%). Entre os problemas descritos como outros, tiveram relatos de preservativos que estouraram, pausa de duas semanas para “limpar o organismo”, falta de MAC na UBS, “preguiça de ir ao posto”, troca de anticoncepcional, entre outros. Quanto ao segmento fonte de informação destacou o profissional de saúde com 74,86, seguido de família (7,40%), amigos (5,92%), parceiro e escola (2,96%), rádio (2,22%), internet e outros (1,84%). A maioria dos métodos (60,76) foi prescrito pelo médico, 22,96% escolha própria, amigos e farmacêuticos 2,96%, enfermeiro 2,22% e outros 8,14%. A maioria das gestações deste estudo não foi planejada (52,68%), 43,88% de mulheres relataram que o casal queria a gestação, 2,19% só a mulher queria e 1,25% referiram que só o homem queria. Essa informação se contrapõe com a porcentagem de mulheres que não estavam utilizando MAC (57,69%), pois mesmo o casal não querendo engravidar não se preveniu para tal evento. Contudo, 95,62% das gestações estavam sendo bem aceitas pelo casal, seguido de 3,76%, sendo aceitas por apenas um do casal e duas (0,62%) não

estavam sendo aceitas. **CONCLUSÃO:** Evidenciou-se a necessidade de implementação de ações educativas de planejamento reprodutivo em gestantes de alto risco, assim como estabelecimento de políticas públicas às mulheres em idade reprodutiva, com vistas a beneficiar a saúde dessa população.

DESCRITORES: Anticoncepção; Planejamento Reprodutivo; Saúde da Mulher.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência em Planejamento Familiar – 4a edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva, 1. ed., Brasília, 2013.
3. Aldrighi JM, Sauerbronn AVD, Petta CA. Anticoncepção: aspectos contemporâneos. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p.1-12.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Planejamento Familiar: Informe-se sobre como funcionam oito métodos anticoncepcionais. 2017. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/03/sus-oferece-oito-opcoes-de-metodos-contraceptivos>>. Acesso em: 10 out. 2017.
5. Organização das Nações Unidas (ONU). Quase metade das gestações no Brasil não é planejada. Brasil, 2016. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/quase-metade-das-gestacoes-no-brasil-nao-e-planejada-destaca-fundo-de-populacao-da-onu/>>. Acesso em: 21 abr. 2017.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: ATUAÇÃO DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ASSISTÊNCIA GRAVÍDICO-PUERPERAL

Thais da Silva Capello, Fabiana Fontana Medeiros, Renata Cristina Alves, Jessica Vertuan Rufino, Anna Luísa Gobbo Catharino, Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli

Universidade Estadual de Londrina - UEL, Londrina-Paraná.

Autor para correspondência:
Thais da Silva Capello
Email: capellothais@outlook.com

INTRODUÇÃO: A assistência à saúde da mulher no período gravídico-puerperal é de extrema importância, visto que a redução dos óbitos materno-infantil se relaciona com a melhora da qualidade de vida e assistência dentro de um país. O acompanhamento no pré-natal tem como objetivo assegurar um bom desenvolvimento do binômio mãe e filho, abordando inclusive aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas¹. O puerpério imediato ocorre nos primeiros dias pós-parto com ações básicas preconizadas pelo Ministério da Saúde, que objetiva a triagem neonatal, auditiva, checagem de vacinação e avaliação do aleitamento materno, além do fornecimento de orientações e apoio quando necessário¹. Considerando a importância da identificação de fatores de risco relacionados com a mortalidade materno-infantil, em 2012 a Secretaria de Estado do Paraná implantou a Rede Mãe Paranaense para orientar o planejamento das ações e redução desses indicadores². Visto que o Sistema Único de Saúde tem requerido a reformulação da atuação dos diversos atores que compõem o quadro da atenção à saúde, as equipes multiprofissionais surgem como uma proposta de assistência baseadas nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação social propostas pelo Sistema Único de Saúde³. O Ministério da Saúde vem apoiando Residências Multiprofissionais em Saúde desde 2002, objetivando-se tanto a formação de profissionais quanto contribuir com a mudança do desenho tecnoassistencial do Sistema Único de Saúde. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde caracterizam-se pela supervisão de outros profissionais vinculados ao serviço. O curso tem duração de dois anos, com carga horária de 60 horas semanais, totalizando 5.760 horas, sendo 80% carga horária na prática assistencial e os 20% restantes, atividades teóricas e teórico-práticas, que acontecem por meio de aulas e discussões de casos⁴. Os programas em saúde apresentam grandes variedades entre si, principalmente entre as profissões que compõem o quadro do programa, porém todos possuem o mesmo objetivo, que é a capacitação de profissionais para o Sistema Único de Saúde³. A criação de uma equipe multidisciplinar tende a romper o modelo de saúde assistencialista e biologicista, visando o atendimento de forma integral, respeitando as diretrizes e princípios propostos pelo Sistema Único de Saúde¹. Dentro dessa proposta, surge o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher, proposto pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina em 2011, com aprovação finalizada em dezembro de 2012 e concessão de bolsas de estudo financiadas pelo Ministério da Saúde contemplando cinco áreas profissionais: Enfermagem (oito vagas), Psicologia (duas vagas),

Nutrição (duas vagas), Farmácia (duas vagas) e Educação Física (duas vagas) O programa está inserido como estratégia para melhoria da assistência integral à saúde da mulher nos três níveis de atenção do Sistema Único de Saúde, compreendendo ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, voltadas às mulheres em todos os ciclos de vida, sendo a fase da gestação e puerpério uma das áreas de maior enfoque do programa. Durante o primeiro ano do programa, os profissionais são alocados em Unidades Básicas de Saúde, sendo divididos em quatro equipes. A especialização é caracterizada por treinamento em serviços, sob orientação de professores das respectivas áreas do corpo docente da Universidade Estadual de Londrina, denominados tutores. As atividades são desenvolvidas mediante articulação entre ensino, serviço e comunidade. No campo de prática os residentes são coordenados por um profissional denominado preceptor, o qual geralmente é o enfermeiro responsável pelo serviço. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência, realizado no 1º ano do programa, em uma Unidade Básica de Saúde, nas consultas de pré-natal e puerpério, no ano de 2016. A equipe era composta por duas enfermeiras, uma nutricionista e uma farmacêutica. **RESULTADOS:** Foram realizadas consultas compartilhadas de pré-natal em gestantes de baixo risco. O atendimento das enfermeiras consistiu em cadastrar as gestantes no SisPreNatal, preenchimento e entrega do cartão de gestante que era atualizado a cada consulta, solicitado exames conforme o protocolo local, agendado coleta de citopatologia de colo de útero, prescrito os medicamentos padronizados (em conjunto com a farmacêutica), realizado orientações da importância do pré-natal e sua periodicidade, amamentação, sinais de trabalho de parto, movimentação fetal e vacinação, além de busca ativa de gestantes faltosas e agendar visita à Maternidade, com acompanhante. A participação do nutricionista ocorria através da evolução do estado nutricional e avaliação do adequado ganho de peso materno. Nas consultas eram coletados indicadores nutricionais, utilizados para identificar problemas, fazer comparações e verificar mudanças com o tempo e após as intervenções. O acompanhamento farmacoterapêutico à gestante é de extrema importância, uma vez que são poucos os fármacos relativamente testados quanto à eficácia e segurança para este grupo específico. Além de orientações referentes à automedicação, a farmacêutica buscava auxiliar na adesão medicamentosa, principalmente da suplementação de Sulfato Ferroso e Ácido Fólico. As visitas puerperais domiciliares aconteciam entre sete e dez dias pós-parto, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde⁵. Essas visitas eram feitas com o Agente Comunitário de Saúde da área e quando possível com a Técnica em Saúde Bucal, eram realizados: exame físico, verificação de sinais vitais do binômio, avaliação e orientação de cuidados com o coto umbilical, orientações de cuidados gerais com o recém-nascido. Foram abordados temas de cuidados no pós-parto, como: alimentação, aleitamento materno exclusivo, planejamento familiar, uso do Sulfato Ferroso, cuidados com a automedicação e, também, observação do ambiente domiciliar, vínculo entre mãe e filho e da família com o binômio. Em alguns casos não era possível realizar as visitas no período preconizado, devido às dificuldades no contato com a puérpera. Sendo assim, era realizada busca ativa pelo agente comunitário de saúde da área, o qual solicitava o seu comparecimento até à Unidade Básica de Saúde. Em outras situações as puérperas se encontravam fora da área de abrangência da unidade, devido à mudança de endereço. **CONCLUSÃO:** Foi possível vivenciar a importância da equipe multiprofissional na resolutividade da demanda de pré-natal e visitas puerperais, visto que cada área contribuiu com o seu

conhecimento específico, repercutindo em crescimento profissional, pelo fato de haver troca de informações. Traz também contribuição para assistência à saúde da mulher no contexto da Saúde Pública, pois a prática do atendimento multiprofissional deve ser incentivada e incorporada nas rotinas dos serviços de saúde, uma vez que todos profissionais podem colaborar para promoção e prevenção da saúde. Tratando-se de mulheres, essa importância vai além da sua própria saúde, uma vez que as mesmas por tradição exercem o papel de cuidadora do lar, contribuindo para a manutenção da saúde dos demais membros da família.

DESCRITORES: Equipe de Assistência ao Paciente; Cuidado Pré-natal; Período Pós-Parto.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1. ed. Revista Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

2. Paraná. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Linha Guia: Rede Mãe Paranaense. 6 de outubro de 2014.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

4. Brasil. Ministério da Educação. Altera o art. 1º- da Portaria Interministerial no-45/ME/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. Portaria Interministerial n. 506, de 24 de abril de 2008. Distrito Federal: Dou, 25 abr. 2008. Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_506_08.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2017.

5. Brasil. Ministério da Educação. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Portaria Interministerial n. 45, de 12 de janeiro de 2007. Distrito Federal: Dou, 15 jan. 2007. Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_45_2007.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2017.