



CUIDADOS EM SAÚDE DA MULHER NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: PERSPECTIVAS TEÓRICAS

ENSAIO TEÓRICO

SILVA, Nataly Soares da¹, SILVA, Milena Barbosa da², BRAGA, Luanna Silva³, MENESES, Uberlândia Islândia Barbosa Dantas de⁴, NASCIMENTO, Nathalia Claudino do⁵, PÔRTO, Virginia de Araújo⁶, ARAÚJO, Renata Ferreira de⁷, BRAGA, Luanna Silva⁸, MAIA, Carolina Damaso⁹, SILVA, Mariana Lavier Correa Batista¹⁰, DUARTE, Adriana Pereira¹¹, COSTA, Renata Livia Afonso¹², SILVA, Mariles Bianca Santos da¹³, SANTOS, Laisa Moreira¹⁴, SOUZA, Gabrielly Oliveira de¹⁵, NASCIMENTO, Jerssycca Paula dos Santos¹⁶, SANTOS, Suenny Alves dos¹⁷, GOMES, Larissa Gabriela de Souza¹⁸, GUIDA, Vânia Marília Lima¹⁹, SANTOS, Maria Carolina Salustino dos²⁰

SILVA, Nataly Soares da. *et al.* **Cuidados em saúde da mulher na rede de atenção à saúde: perspectivas teóricas.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano. 08, Ed. 07, Vol. 06, pp. 75-87. Julho de 2023. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/saude-da-mulher>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/saude-da-mulher

RESUMO

Tem-se como objetivo: analisar teoricamente a saúde e o cuidado para a mulher dentro da Rede de Atenção à Saúde. A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras). Sabendo que a saúde da mulher perpassa por toda a Rede de Atenção à Saúde, existem pontos a serem debatidos neste estudo teórico, tais como: assistência a saúde reprodutiva, pré-natal, puerpério, mortalidade materna, cuidados complexos em saúde da mulher e outros aspectos relevantes para a prevenção e promoção em saúde da mulher. O estudo foi construído a partir da leitura de textos científicos, encontrados no Google acadêmico e na Biblioteca Virtual de Saúde, em abril de 2023. Portanto, é perceptível, que para que se tenha cuidados em saúde da mulher na rede de atenção à saúde, é necessário não somente uma rede de atenção primária equipada com equipes treinadas, mas também uma rede de apoio



e de humanização de atendimento, para que estas mulheres se sintam acolhidas e respeitadas.

Palavras-chave: Saúde da mulher, Rede de Atenção à Saúde, Cuidado.

INTRODUÇÃO

O papel do estado na atenção à Saúde da Mulher é norteado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM (BRASIL, 2004). tendo como objetivos gerais: promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres; contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis; promover a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, legalmente constituídos, e a perspectiva de gênero, no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras). Continuamente, a porta de entrada principal da mulher no Sistema Único de Saúde é por meio da Atenção Básica, que tem diversos papéis como: promover a saúde, prevenir doenças, diagnosticar precocemente e tratar patologias, assim como, ajudar na reabilitação da mulher, tudo isso visando identificar as ações prioritárias em saúde das mulheres nos diversos ciclos de vida.

É importante ressaltar, que inicialmente a Política Nacional de Saúde da Mulher, tinha como objetivo o ciclo gravídico puerperal e somente em 1984 que surgiu o Programa de Assistência integral à Saúde da Mulher (PAISM) e então em 2004 a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), visando criar políticas públicas que abrangesse a mulher em todos seus aspectos (BRASIL, 2004).

Os objetivos gerais da atenção à saúde da mulher, segundo a PNAISM envolvem a promoção de uma melhor qualidade de vida e saúde, garantindo seus direitos constitucionais e facilitando o seu acesso nos meios de saúde, assim como, contribuir para reduzir a mortalidade e a morbidade feminina, principalmente por situações que



podem ser evitadas, humanizando a atenção integral à saúde no Sistema Único de Saúde. Já os objetivos específicos se voltam para evitarem as principais complicações que as mulheres enfrentam durante a vida, são eles (BRASIL, 2004):

1. *Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST.*
2. *Estimular a implantação e a implementação da assistência em planejamento familiar para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde.*
3. *Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes.*
4. *Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.*
5. *Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids na população feminina.*
6. *Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina.*
7. *Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero.*
8. *Implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério.*
9. *Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade.*
10. *Promover a atenção à saúde da mulher negra.*
11. *Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade.*
12. *Promover a atenção à saúde da mulher indígena.*
13. *Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão.*
14. *Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres*

Para que todos esses aspectos sejam garantidos, é importante que a atenção básica deva ser formada por equipes multiprofissionais, envolvendo médicos, enfermeiros e agentes comunitários, para assim conseguir responder às demandas da população. Dessa forma, um processo dinâmico que deve acompanhar a evolução da sociedade,



trazendo cada vez mais políticas que visem a busca da saúde da mulher de acordo com que o elas precisam e sempre objetivando melhorar principalmente nas áreas mais deficitárias, como no climatério, infertilidade, saúde mental e ocupacional (BRASIL, 2004; SOUZA, *et al.*, 2021). Tem-se como objetivo: analisar teoricamente a saúde e o cuidado para a mulher dentro da Rede de Atenção à Saúde.

MATERIAL E MÉTODO

Sabendo que a saúde da mulher perpassa por toda a Rede de Atenção à Saúde, existem pontos a serem debatidos neste estudo teórico, tais como: assistência a saúde reprodutiva, pré-natal, puerpério, mortalidade materna, cuidados complexos em saúde da mulher e outros aspectos relevantes para a prevenção e promoção em saúde da mulher. O estudo foi construído a partir da leitura de textos científicos, encontrados no Google acadêmico e na Biblioteca Virtual de Saúde, em abril de 2023. Este estudo não se caracteriza como uma revisão integrativa da literatura, mas sim como um estudo que buscou refletir sobre a temática e problematizar o tema, com leitura de diferentes modalidades, construindo assim, uma pesquisa a nível de comunicação.

DESENVOLVIMENTO

A assistência à saúde no Brasil se dá através do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um direito constitucional a todos os brasileiros, onde as Políticas Públicas de Saúde garantem acesso universal e igualitário a todos os cidadãos dentro de seu território nacional. Após 31 anos de SUS algumas regiões do país ainda encontram-se com dificuldade de acesso ao sistema de saúde. Por isso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) é resultado da articulação entre movimentos sociais e políticos que efervesceram das ruas aos gabinetes governamentais entre a década de 80 ao ano de 2004, quando foi efetivamente instituída (COSTA; GONÇALVES, 2019).

A construção dessa política de saúde teve grande influência do movimento feminista, para a ruptura da concepção misógina do corpo feminino enquanto mero receptáculo



reprodutivo. A partir da era de redemocratização do país pós-ditadura, as mulheres ganharam espaço e representatividade política, colocando em discussão suas necessidades dentro da agenda governamental. Assim, aliando-se aos movimentos pelo controle social ganharam força para a articulação da PNAISM que é hoje fundamental nas redes de atenção à saúde (SOUTO; MOREIRA, 2021).

A PNAISM atualmente abrange diversas áreas de atenção à saúde da mulher, tendo foco na sua individualidade enquanto sujeito, atendendo aos seus direitos sexuais e reprodutivos, prevenindo e controlando as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), promovendo a assistência obstétrica humanizada, atenção à mulher em climatério e à mulher idosa, trabalhando também para redução do câncer na população feminina (COSTA; GONÇALVES, 2019).

Todas essas esferas de atendimento têm como elo central a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que atende essas mulheres e trabalha para orientação, planejamento familiar, prevenção, tratamento de diferentes doenças e direcionamento desta população a outros centros de saúde competentes (TAVARES *et al.*, 2020). A realidade prática, no entanto, revela inúmeros desafios para a concretização da atenção à saúde da mulher, nos moldes planejados pelas redes integradas do Sistema Único de Saúde (SUS). Diversas pesquisas que estudam a prática em saúde apontam carência em ações de promoção à saúde, educação e, principalmente, deficiências no cuidado à populações vulneráveis tais como: mulheres idosas, ribeirinhas, negras e privadas de liberdade (SOUZA, *et al.*, 2021; SANTANA *et al.*, 2019).

Uma das problemáticas no cuidado em saúde da mulher é a mortalidade materna, no Brasil a Razão de Mortalidade Materna (RMM) apresentou tendência decrescente entre 1990 e 2019, no entanto, com redução da inclinação a partir de 2001. Ou seja, a queda foi maior de 1990 a 2000 e, a partir de 2001, a tendência se mantém em queda, porém em um ritmo menor. Em 2019, estima-se que ocorreram 58 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos. Porém, a RMM tem se mantido elevada, e ainda distante da meta estabelecida para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) de redução da RMM para 35,8 até 2015 (BRASIL, 2021).



Há anos, os países vêm trabalhando com o intuito de reduzir a taxa de mortalidade materna, porém ainda existe um índice alto de mulheres que evoluem para óbito durante ou após a gestação. Estas taxas afetam diretamente a população, tornando-se de extrema importância o conhecimento e compreensão das suas causas, fatores de risco e suas variáveis, pois esses dados oferecem base para construção e consolidação de Políticas Públicas eficientes no combate à mortalidade destas mulheres.

A saúde da mulher foi incorporada às Políticas Nacionais de Saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Até meados da década de 70, as ações em saúde da mulher eram fragmentadas e sem integração com outros programas de saúde, evidenciando a desigualdade de gênero, favorecendo assim os altos índices de morbimortalidade materna e fetal e constituíam um desafio para a assistência obstétrica no Brasil (BRASIL, 2004).

Apesar dos esforços apresentados pelas esferas governamentais, em especial na saúde pública com intuito de criar Políticas Públicas com foco na redução da Mortalidade Materna e diretrizes para melhoria da assistência à mulher em seu ciclo gravídico puerperal, o Brasil avançou pouco em relação aos valores esperados e pactuados na Cúpula do Milênio, nos levando a reflexão sobre quais ações e cuidados na área de saúde da mulher devem ser realizados para que seja possível a mudança do panorama atual e melhorar as condições de assistência ao binômio (RUIZ; WYSOCKI, 2016).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) objetiva garantir o acesso, a continuidade e a integralidade do cuidado, bem como a resolubilidade dos problemas de saúde em todos os pontos da rede, desde a atenção básica até a alta complexidade (COSTA, GONÇALVES, 2019; GALVÃO, 2019). Sendo assim, as mulheres enfrentam dificuldades para acessar os serviços de atenção básica, que consiste porta de entrada para a rede de saúde e se estende nos outros níveis. Além dos serviços especializados, como ginecologia, obstetrícia e mastologia e os obstáculos para garantia de um cuidado integral (OLIVEIRA, 2011; GALVÃO, 2019).



Além disso, o despreparo dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde, como também pela baixa qualidade dos serviços prestados, devido as estruturas físicas, materiais oferecidos, resolutividade dos problemas apresentados pelas mulheres, marcação de exames e tratamentos especializados. Sendo assim, vale salientar que as políticas de saúde e os serviços de saúde trabalhem em conjunto, para superar esses empecilhos e garantir que todas as mulheres tenham acesso a serviços de saúde de qualidade, humanizados e respeitosos (OLIVEIRA; CRISTINE; RICARTE, 2011).

A saúde da mulher dentro da RAS também usa o nível de alta complexidade, por isso, algumas atualizações são pertinentes. Sabendo que a gestação, apesar de ser conceituada como um evento fisiológico e natural na vida de muitas mulheres, não obstante cursa com a ocorrência de eventos patológicos graves que necessitam de assistência em Unidades de Terapia Intensiva. O avanço no cuidado obstétrico na medicina moderna tem sido fator importante na redução da necessidade destas admissões, entretanto, mesmo em países em desenvolvidos o óbito materno e fetal ainda é uma realidade, tendo como agravante o fato destes serem decorrentes de causas preveníveis (KOUKOUBANIS *et al*, 2021).

O Cuidado demandado à uma paciente obstétrica criticamente enferma em consequência das mudanças fisiológicas evidenciadas no período gestacional e pós-parto, requer a expertise de um time treinado e qualificado, considerando os diferenciais de assistência necessários para uma tomada de decisão clínica acertada que contribua para a proteção fetal embasada em conceitos com fundamento científico adequado, sem negligenciar o cuidado materno (KOUKOUBANIS *et al.*, 2021; CRANFIELD *et al.*, 2023).

O reconhecimento da doença crítica em pacientes obstétricas é um desafio. Os índices de gravidade como Acute Physiology and Chronic Health Evaluation 2 (APACHE 2) e Simplfied Acute Physiology Score 2 (SAPS2) não conseguem prever morbidade e mortalidade nesta população de forma adequada, mudanças fisiológicas do período gestacional podem mascarar alterações comumente encontradas em pacientes não gestantes, bem como impactar na resposta à doença crítica. Desta



forma, se antever e prevenir serão sempre a melhor saída (PANDYA; MANGALAMPALLY, 2018; CRANFIELD *et al.*, 2023).

O aumento das demandas metabólicas maternas e fetais associada ao efeito físico na mecânica ventilatória pela elevação diafragmática em consequência do útero gravídico, levam pacientes gestantes a apresentarem menor reserva de oxigênio e consequentemente menor tolerância à hipoxemia. Partindo desta premissa, pacientes gestantes que apresentem hipoventilação devem ser cuidadosamente observadas, pois episódios de quedas da Saturação Arterial de oxigênio (SpO₂) com consequente hipoxemia grave, ocorrem muito mais rapidamente neste grupo (KAZMA *et al.*, 2020).

A via aérea da gestante é considerada por muitos autores cerca de 8 a 10 vezes mais difícil de ser obtida. A ocorrência de edema decorrente de alterações hormonais, aumento do volume sanguíneo e diminuição da pressão oncótica, diminui as chances de visualização durante a laringoscopia e aumenta as chances de sangramento durante o procedimento de intubação traqueal. Para minimizar as chances de insucesso, recomenda-se a escolha de tubos endotraqueais de menor calibre (6 a 7mm), evitar a intubação em sequência rápida caso se antevêja a possibilidade prévia de via aérea difícil, manutenção da cabeceira a 20-30° como forma de diminuir a dificuldade de inserção do laringoscópio causada pelo aumento das mamas, e minimizar o risco de refluxo gastro-esofágico causado pela redução do tônus do esfíncter esofageano (KOUKOUBANIS *et al.*, 2021; PANDYA; MANGALAMPALLY, 2018; (KAZMA *et al.*, 2020).

Pacientes gestantes são capazes de experimentar grandes perdas sanguíneas sem que sejam visíveis sinais de hipovolemia, em consequência do aumento do volume sanguíneo. Como agravante, quando evidenciado quadro de choque hipovolêmico, a reposição volêmica com cristalóides acentua ainda mais a anemia dilucional, e pode instituir ou alavancar um edema pulmonar, devido a redução sérica de proteínas plasmáticas. Partindo destas premissas a **International Federation of Gynecology and Obstetrics** (FIGO) publicou em 2022 o **FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage**, que reafirma a importância da Ressuscitação com Controle do Dano (RCD), infusão precoce de produtos



sanguíneos em proporções balanceadas, restrição do uso de cristaloides, hipotensão permissiva, controle da hemorragia e correção da coagulopatia, já recomendada por outros autores anteriormente (KOUKOUBANIS *et al.*, 2021; (ESCOBAR *et al.*, 2022).

Com relação a realização de estudos de imagem durante a gestação, o retardo desnecessário e por vezes a relutância de profissionais de saúde em realizar tais procedimentos na população obstétrica, justificada pela preocupação com a segurança de gestantes, fetos, lactantes e seus neonatos à exposição radiológica não é plausível, visto que o relato de efeito fetal (morte embrionária, anomalias congênitas, retardo do crescimento ou diminuição da capacidade intelectual subsequente), na utilização de dose de radiação ionizante inferior a 50mGy durante o exame realizado e, usualmente, boa parte dos exames necessários não ultrapassam este limiar (PANDYA; MANGALAMPALLY, 2018; WILES *et al.*, 2022).

Ainda em um maior nível de complexidade do cuidado em saúde da mulher; a pior ocorrência relacionada a gestante crítica se refere a Parada Cardiorrespiratória (PCR). A primeira modificação se refere a necessidade de aumento da equipe necessária a Reanimação Cardiopulmonar (RCP), considerando que temos pelo menos 2 pacientes envolvidos: a gestante e 1 feto minimamente. Desta forma, além da equipe da UTI adulto, há de se prever Neonatologistas, Obstetras e Anestesiologistas. A RCP por si não muda, devendo ser executada com o deslocamento lateral uterino à esquerda para descompressão aortocaval. Monitores cardíacos fetais devem ser desconectados e na necessidade de desfibrilação a mesma não deve ser retardada. Caso o acesso venoso ainda não tenha sido obtido, a punção deve ser realizada acima do diafragma. Se em infusão de Sulfato de magnésio intravenoso (IV), parar a infusão e administrar cloreto ou gluconato de cálcio. Caso o Retorno da Circulação Espontânea (RCE) não seja alcançado em 5 minutos a **cesariana perimortem** está indicada (AHA, 2020). Partindo dessa contextualização dentro da RAS, compreendemos a importância do tema a discussão do mesmo para maior conhecimento e melhoria da assistência em saúde da mulher.



CONCLUSÃO

O estudo refletiu desde as ações de prevenção em saúde da mulher na ESF até os cuidados mais complexos em uma UTI ou no Suporte Básico de Vida. Percebeu-se, que é de suma importância a humanização no atendimento e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais, para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos, bem como na promoção do autocuidado. As histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico.

Portanto, é perceptível, que para que se tenha cuidados em saúde da mulher na rede de atenção à saúde, é necessário não somente uma rede de atenção primária equipada com equipes treinadas, mas também uma rede de apoio e de humanização de atendimento, para que estas mulheres se sintam acolhidas e respeitadas. Um atendimento humanizado, é quando o profissional usa da empatia para acolher a mulher no serviço de saúde, pautado de práticas importantes e ancoradas nas políticas públicas em saúde feminina. Assim, tornando-se possível o tratamento de doenças mas também o acompanhamento da saúde integral destas, para alcançar uma rede de atenção completamente ligada, proporcionando através da Constituição Federal o direito ao acesso à saúde e bem estar disponível a toda população e em todos os níveis de atenção básica.

REFERÊNCIAS

AHA - American Heart Association. Destaques das Diretrizes de RCP e ACE de 2020 da American Heart Association. USA, 2020. **Emergency Cardiovascular Care Programs**, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde**. v. 52, n. 29, 2021.



BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. **Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília – DF, 2004.

COSTA, R. da C.; GONÇALVES, J. R. O direito à saúde, à efetividade do serviço e à qualidade no acesso às políticas públicas de atenção à saúde da mulher. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 2, n. 4, p. 119-142, 2019.

CRANFIELD, K. *et al.* Current perspectives on maternity critical care. **Anaesthesia**. v. 78, 2023.

ESCOBAR, M. F. *et al.* FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. **Int J Gynecol Obstet**, v. 157, pp. 3-50, 2022.

GALVÃO, J. R. *et al.* Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 12, 2019.

KAZMA J. M. *et al.* Anatomical and physiological alterations of pregnancy. **Journal of Pharmacokinetics and Pharmacodynamics**, v. 47, p. 271-285, 2020.

KOUKOUBANIS, K. *et al.* Role of Critical Care Units in the management of obstetric patients (Review). **Biomedical Reports**, v. 15 n. 58, p. 1-6, 2021.

OLIVEIRA, D.; RICARTE, L.; CRISTINE, S. Potencialidades e Fragilidades da rede de atenção à saúde da mulher no município de Limoeiro. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care**, v. 2, n. 2, p. 19-23, 2011.

PANDYA, S. T.; MANGALAMPALLY, K. Critical Care in obstetrics. **Indian Journal of Anaesthesia**, v. 62, n. 9, p. 724-733, 2018.

RUIZ, M.T.; WYSOCKI, A.D. Editorial: Meta do milênio para a mortalidade materna: onde vamos chegar? **Enfermagem Brasil**. v. 15, n. 3, 2016.

SANTANA, T. D. B. *et al.* Avanços e Desafios da Concretização da Política Nacional da Saúde da Mulher: uma revisão de literatura. **Revista Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul – RS, v. 17, n. 61, pp. 135-141, 2019.

SOUTO, K.; MOREIRA, M. R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro – RJ, v. 45, n. 130, pp. 832-846, 2021.

SOUZA, B. A. *et al.* Avaliação da promoção da saúde da mulher com câncer de mama na Atenção Básica em um município do sul de Minas Gerais: estudo observacional. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre – RS, v. 65, n. 3, 2021.



TAVARES, V. M. C. *et al.* Roda de Conversa: atenção integral à saúde das mulheres e questões de gênero. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba – PR, v. 6, n. 8, pp. 61501-61510, 25 de agosto 2020.

WILES, R. *et al.* Making decisions about radiological imaging in pregnancy. **BMJ**, 377:e070486, pp. 1-11, 25 April 2022.

Enviado: 12 de abril, 2023.

Aprovado: 20 de junho, 2023.

¹ Bacharel em enfermagem. Especialista em Docência em enfermagem. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7250-1056>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0516615047346262>.

² Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pela Fiocruz. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8386874X>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5299426464732429>.

³ Enfermeira graduada no curso de Bacharelado e Licenciatura Plena em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB). Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Especializa Saúde. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0093-0406>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2942104016650332>.

⁴ Doutoranda em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco. Enfermeira pela Universidade Federal da Paraíba. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Saúde coletiva pela Universidade Federal da Bahia. ORCID: 0000-0002-8095-7085. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5684674941395214>.

⁵ Enfermeira. Especialista em Obstetrícia. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6655-9884>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5299426464732429>.

⁶ Enfermeira. Mestrado em Ciências da Saúde. Especialização em Terapia Intensiva; Formação Pedagógica e Preceptoria em Saúde. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1485-9134>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7212775929449033>.

⁷ Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2604-9035>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4917763114141661>.

⁸ Enfermeira graduada no curso de Bacharelado e Licenciatura Plena em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/UFPB). Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Especializa Saúde. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0093-0406>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2942104016650332>.

⁹ Acadêmica de Medicina. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-2496-8481>.

¹⁰ Acadêmica de Medicina. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-7218-0199>.

¹¹ Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário do Triângulo, UNITRI, Brasil. Especialização em Estratégia Saúde da Família pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, UFTM, Brasil. Mestrado em Mestrado Em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador pela Universidade Federal De Uberlândia- HC/UFU, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5110-0499>.

¹² Mestranda em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica, Pós-graduanda em terapia intensiva neonatal e pediátrica, Especialista em Terapia Intensiva Adulto. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5947-0056>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3951540759732310>.



-
- ¹³ Graduação em Enfermagem. Pós-graduada em Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente pela Faculdade Pequeno Príncipe. Pós-graduada em Enfermagem em Centro Cirúrgico, Unidade de Recuperação Pós-anestésica e Central de Materiais. ORCID: 0000-0002-4959-5004. Currículo Lattes: <https://lattes.cnpq.br/5493662734226029>.
- ¹⁴ Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica/Saúde da família/ Unidade de Terapia Intensiva e Centro Cirúrgico. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5385-5710>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0461354926140966>.
- ¹⁵ Enfermeira pela Faculdade Santa Emília de Rodat. Atualmente Pós-Graduada em Emergência e UTI pela Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4738-4075>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1711320052156606>.
- ¹⁶ Enfermeira Obstetra no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Residência em Obstetrícia pela Secretaria Estadual de Pernambuco. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0602-9480>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6258475666517297>.
- ¹⁷ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba, Especialista em urgência e emergência e Gestão e auditoria em enfermagem. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4026-0403>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9173015461418323>.
- ¹⁸ Graduação em enfermagem (UFPE-CAV). Pós-graduada enfermagem em saúde da mulher, ginecologia e obstetrícia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-4757-6066>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4915629690639713>.
- ¹⁹ Graduação em Nutrição. Licenciatura Plena em Ciências. Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica. Especialização em Desenvolvimento Sustentável na Amazônia com ênfase em EA. Mestranda do Programa de pós-graduação em ensino tecnológico do IFAM. ORCID: 0000-0001-8950-1685. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9128739825141947>.
- ²⁰ Orientadora. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Obstetrícia. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo. Mentora e Docente da Excelência Consultoria. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9288-2017>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8470006964868046>.