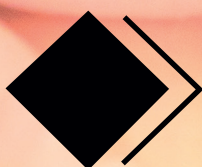


VOLUME 2

ROSSANO SARTORI DAL MOLIN  
(Organizador)

# SAÚDE DA MULHER E DO RECÉM-NASCIDO

POLÍTICAS, PROGRAMAS E ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR



editora  
científica digital



VOLUME 2

ROSSANO SARTORI DAL MOLIN  
(Organizador)

# SAÚDE DA MULHER E DO RECÉM-NASCIDO

POLÍTICAS, PROGRAMAS E ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR

1ª EDIÇÃO



editora  
científica digital

2021 - GUARUJÁ - SP



**EDITORA CIENTÍFICA DIGITAL LTDA**  
Guarujá - São Paulo - Brasil  
[www.editoracientifica.org](http://www.editoracientifica.org) - [contato@editoracientifica.org](mailto:contato@editoracientifica.org)

|                                                             |                                                       |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Diagramação e arte</b>                                   | <b>2021 by Editora Científica Digital</b>             |
| Equipe editorial                                            | Copyright© 2021 Editora Científica Digital            |
| <b>Imagens da capa</b>                                      | Copyright do Texto © 2021 Os Autores                  |
| Adobe Stock - licensed by Editora Científica Digital - 2021 | Copyright da Edição © 2021 Editora Científica Digital |
| <b>Revisão</b>                                              | Acesso Livre - Open Access                            |
| Os autores                                                  |                                                       |

#### **Parecer e revisão por pares**

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

O conteúdo dos capítulos e seus dados e sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. É permitido o download e compartilhamento desta obra desde que no formato Acesso Livre (Open Access) com os créditos atribuídos aos respectivos autores, mas sem a possibilidade de alteração de nenhuma forma ou utilização para fins comerciais.



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

#### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)** **(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

**S255**

Saúde da mulher e do recém-nascido [livro eletrônico] : políticas, programas e assistência multidisciplinar: volume 2 / Organizador Rossano Sartori Dal Molin. – Guarujá, SP: Científica Digital, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-89826-99-6

DOI 10.37885/978-65-89826-99-6

1. Gravidez. 2. Recém-nascidos. 3. Mulheres – Saúde. I. Molin, Rossano Sartori Dal.

CDD 618.2

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

**E-BOOK**  
ACESSO LIVRE ON LINE - IMPRESSÃO PROIBIDA

**2021**

# CORPO EDITORIAL

## **Direção Editorial**

Reinaldo Cardoso

João Batista Quintela

## **Editor Científico**

Prof. Dr. Robson José de Oliveira

## **Assistentes Editoriais**

Erick Braga Freire

Bianca Moreira

Sandra Cardoso

## **Bibliotecário**

Maurício Amormino Júnior - CRB6/2422

## **Jurídico**

Dr. Alandelon Cardoso Lima - OAB/SP-307852



editora  
científica digital

# CONSELHO EDITORIAL

MESTRES, MESTRAS, DOUTORES E DOUTORAS

Robson José de Oliveira

Universidade Federal do Piauí, Brasil

Eloisa Rosotti Navarro

Universidade Federal de São Carlos, Brasil

Rogério de Melo Grillo

Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Carlos Alberto Martins Cordeiro

Universidade Federal do Pará, Brasil

Ernane Rosa Martins

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás, Brasil

Rossano Sartori Dal Molin

FSG Centro Universitário, Brasil

Domingos Bombo Damião

Universidade Agostinho Neto, Angola

Carlos Alexandre Oelke

Universidade Federal do Pampa, Brasil

Patrício Francisco da Silva

Universidade CEUMA, Brasil

Reinaldo Eduardo da Silva Sales

Instituto Federal do Pará, Brasil

Dalízia Amaral Cruz

Universidade Federal do Pará, Brasil

Susana Jorge Ferreira

Universidade de Évora, Portugal

Fabricio Gomes Gonçalves

Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Erival Gonçalves Prata

Universidade Federal do Pará, Brasil

Gevair Campos

Faculdade CNEC Unaí, Brasil

Flávio Aparecido De Almeida

Faculdade Unida de Vitória, Brasil

Mauro Vinicius Dutra Girão

Centro Universitário Ita, Brasil

Clóvis Luciano Giacomet

Universidade Federal do Amapá, Brasil

Giovanna Moraes

Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

André Cutrim Carvalho

Universidade Federal do Pará, Brasil

Silvani Verruck

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Auristela Correa Castro

Universidade Federal do Pará, Brasil

Oswaldo Contador Junior

Faculdade de Tecnologia de Jahu, Brasil

Claudia Maria Rinhel-Silva

Universidade Paulista, Brasil

Dennis Soares Leite

Universidade de São Paulo, Brasil

Silvana Lima Vieira

Universidade do Estado da Bahia, Brasil

Cristina Berger Fadel

Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Graciete Barros Silva

Universidade Estadual de Roraima, Brasil

Juliana Campos Pinheiro

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Cristiano Marins

Universidade Federal Fluminense, Brasil

Silvio Almeida Junior

Universidade de Franca, Brasil

Raimundo Nonato Ferreira Do Nascimento

Universidade Federal do Piauí, Brasil

Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Brasil

Carlos Roberto de Lima

Universidade Federal de Campina Grande, Brasil



editora

científica digital



Daniel Luciano Gevehr

Faculdades Integradas de Taquara, Brasil

Maria Cristina Zago

Centro Universitário UNIFAAT, Brasil

Wesley Viana Evangelista

Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil

Samylla Maira Costa Siqueira

Universidade Federal da Bahia, Brasil

Gloria Maria de Franca

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Antônio Marcos Mota Miranda

Instituto Evandro Chagas, Brasil

Carla da Silva Sousa

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, Brasil

Dennys Ramon de Melo Fernandes Almeida

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Francisco de Sousa Lima

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, Brasil

Reginaldo da Silva Sales

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará, Brasil

Mário Celso Neves De Andrade

Universidade de São Paulo, Brasil

Maria do Carmo de Sousa

Universidade Federal de São Carlos, Brasil

Mauro Luiz Costa Campello

Universidade Paulista, Brasil

Sayonara Cotrim Sabioni

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, Brasil

Ricardo Pereira Sepini

Universidade Federal de São João Del-Rei, Brasil

Flávio Campos de Moraes

Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Sonia Aparecida Cabral

Secretaria da Educação do Estado de São Paulo, Brasil

Jonatas Brito de Alencar Neto

Universidade Federal do Ceará, Brasil

Moisés de Souza Mendonça

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará, Brasil

Pedro Afonso Cortez

Universidade Metodista de São Paulo, Brasil

Iara Margolis Ribeiro

Universidade do Minho, Brasil

Juliano Pizzano Ayoub

Universidade Estadual do Centro-Oeste, Brasil

Vitor Afonso Hoeflich

Universidade Federal do Paraná, Brasil

Bianca Anacleto Araújo de Sousa

Universidade Federal Rural de Pernambuco, Brasil

Bianca Cerqueira Martins

Universidade Federal do Acre, Brasil

Daniela Remião de Macedo

Faculdade de Belas Artes da Universidade de Lisboa, Portugal

Dioniso de Souza Sampaio

Universidade Federal do Pará, Brasil

Rosemary Laís Galati

Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Maria Fernanda Soares Queiroz

Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Leonardo Augusto Couto Finelli

Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil

Thais Ranielle Souza de Oliveira

Centro Universitário Euroamericano, Brasil

Alessandra de Souza Martins

Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Claudiomir da Silva Santos

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas, Brasil

Fabício dos Santos Ritá

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas, Brasil

Danielly de Sousa Nóbrega

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Acre, Brasil

Livia Fernandes dos Santos

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Acre, Brasil

Liege Coutinho Goulart Dornellas

Universidade Presidente Antônio Carlos, Brasil

Ticiano Azevedo Bastos

Secretaria de Estado da Educação de MG, Brasil

Walmir Fernandes Pereira

Miami University of Science and Technology, Estados Unidos da América

Jónata Ferreira De Moura

Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Camila de Moura Vogt

Universidade Federal do Pará, Brasil

José Martins Juliano Eustaquio

Universidade de Uberaba, Brasil

Adriana Leite de Andrade

Universidade Católica de Petrópolis, Brasil

Francisco Carlos Alberto Fonteles Holanda

Universidade Federal do Pará, Brasil

Bruna Almeida da Silva

Universidade do Estado do Pará, Brasil

Clecia Simone Gonçalves Rosa Pacheco

Instituto Federal do Sertão Pernambucano, Brasil

Ronei Aparecido Barbosa

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas, Brasil

Julio Onésio Ferreira Melo

Universidade Federal de São João Del Rei, Brasil

Juliano José Corbi

Universidade de São Paulo, Brasil

Thadeu Borges Souza Santos

Universidade do Estado da Bahia, Brasil

Francisco Sérgio Lopes Vasconcelos Filho

Universidade Federal do Cariri, Brasil

Francine Náthalie Ferraresi Rodrigues Queluz

Universidade São Francisco, Brasil

Maria Luzete Costa Cavalcante

Universidade Federal do Ceará, Brasil

Luciane Martins de Oliveira Matos

Faculdade do Ensino Superior de Linhares, Brasil

Rosenery Pimentel Nascimento

Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Irlane Maia de Oliveira

Universidade Federal do Amazonas, Brasil

Lívia Silveira Duarte Aquino

Universidade Federal do Cariri, Brasil

Xaene Maria Fernandes Mendonça

Universidade Federal do Pará, Brasil

Thaís de Oliveira Carvalho Granado Santos

Universidade Federal do Pará, Brasil

Fábio Ferreira de Carvalho Junior

Fundação Getúlio Vargas, Brasil

Anderson Nunes Lopes

Universidade Luterana do Brasil, Brasil

Carlos Alberto da Silva

Universidade Federal do Ceará, Brasil

Keila de Souza Silva

Universidade Estadual de Maringá, Brasil

Francisco das Chagas Alves do Nascimento

Universidade Federal do Pará, Brasil

Réia Sílvia Lemos da Costa e Silva Gomes

Universidade Federal do Pará, Brasil

Arinaldo Pereira Silva

Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, Brasil

Laís Conceição Tavares

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará, Brasil

Ana Maria Aguiar Frias

Universidade de Évora, Brasil

Willian Douglas Guilherme

Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Evaldo Martins da Silva

Universidade Federal do Pará, Brasil

Biano Alves de Melo Neto

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, Brasil

Antônio Bernardo Mendes de Seica da Providência Santarém

Universidade do Minho, Portugal

Valdemir Pereira de Sousa

Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Sheylla Susan Moreira da Silva de Almeida

Universidade Federal do Amapá, Brasil

Miriam Aparecida Rosa

Instituto Federal do Sul de Minas, Brasil

Rayme Tiago Rodrigues Costa

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará, Brasil

Priscyla Lima de Andrade

Centro Universitário UniFBV, Brasil

Andre Muniz Afonso

Universidade Federal do Paraná, Brasil

Marcel Ricardo Nogueira de Oliveira

Universidade Estadual do Centro Oeste, Brasil

Gabriel Jesus Alves de Melo

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia, Brasil

Deise Keller Cavalcante

Secretaria de Estado de Educação do Rio de Janeiro

Larissa Carvalho de Sousa

Instituto Politécnico de Coimbra, Portugal

Susimeire Vivien Rosotti de Andrade

Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

Daniel dos Reis Pedrosa

Instituto Federal de Minas Gerais, Brasil

Wiaslan Figueiredo Martins

Instituto Federal Goiano, Brasil

Lênio José Guerreiro de Faria

Universidade Federal do Pará, Brasil

Tamara Rocha dos Santos

Universidade Federal de Goiás, Brasil

Marcos Vinicius Winckler Caldeira

Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Gustavo Soares de Souza

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo, Brasil

Adriana Cristina Bordignon

Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Norma Suely Evangelista-Barreto

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil

Larry Oscar Chañi Paucar

Universidad Nacional Amazónica de Madre de Dios, Peru

Pedro Andrés Chira Oliva

Universidade Federal do Pará, Brasil

Daniel Augusto da Silva

Fundação Educacional do Município de Assis, Brasil

Aleteia Hummes Thaines

Faculdades Integradas de Taquara, Brasil

Elisangela Lima Andrade

Universidade Federal do Pará, Brasil

Reinaldo Pacheco Santos

Universidade Federal do Vale do São Francisco, Brasil

Cláudia Catarina Agostinho

Hospital Lusíadas Lisboa, Portugal

Carla Cristina Bauermann Brasil

Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Humberto Costa

Universidade Federal do Paraná, Brasil

Ana Paula Felipe Ferreira da Silva

Universidade Potiguar, Brasil

Ernane José Xavier Costa

Universidade de São Paulo, Brasil

Fabricia Zanelato Bertolde

Universidade Estadual de Santa Cruz, Brasil

Eliomar Viana Amorim

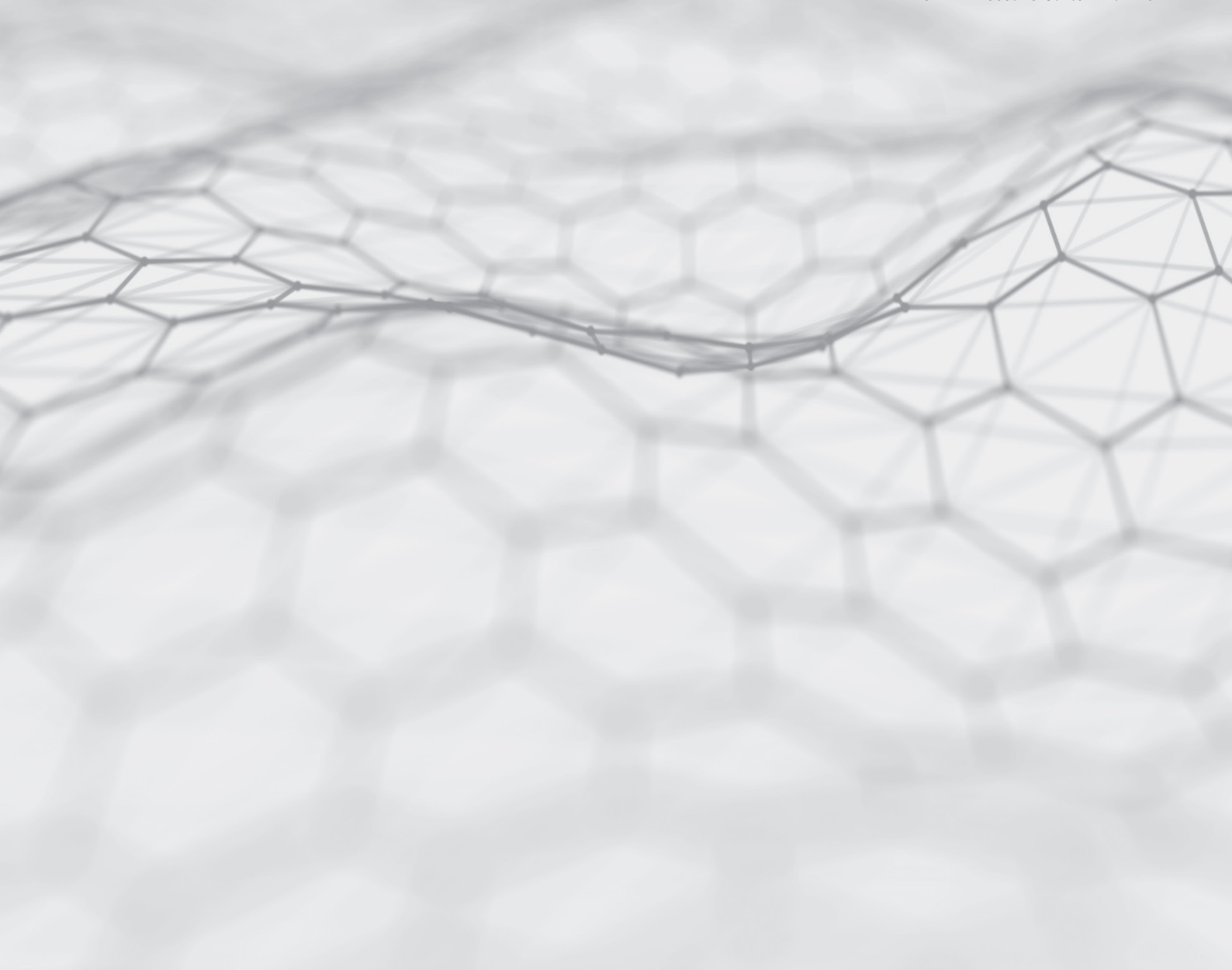
Universidade Estadual de Santa Cruz, Brasil



# APRESENTAÇÃO

A área da Saúde da Mulher e do Recém-nascido ainda é carente de material bibliográfico de qualidade, principalmente de experiências e vicências profissionais que tanto agridam no cotidiano do cuidado em saúde. Esta obra constituiu-se a partir de um processo colaborativo entre professores, estudantes e pesquisadores que se destacaram e qualificaram as discussões neste campo do conhecimento. Tem como objetivo integrar ações interinstitucionais nacionais e internacionais com redes de pesquisa que tenham a finalidade de fomentar a discussão acerca das políticas, programas e práticas assistenciais da saúde da mulher e recém-nascido, por meio da produção e socialização de conhecimentos das diversas profissões envolvidas na assistência à saúde. Neste segundo volume do Livro: Saúde da Mulher e do Recém-nascido: políticas, programas e assistência multidisciplinar, conjugamos uma série de estudos e experiências para aperfeiçoar e qualificar a assistência da área. Agradecemos aos autores pelo empenho, disponibilidade e dedicação para o desenvolvimento e conclusão dessa obra.

Prof. Dr. Rossano Sartori Dal Molin



# SUMÁRIO

## CAPÍTULO 01

### A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DURANTE A GESTAÇÃO: UMA REVISÃO INTERGRATIVA

Izabel Ribeiro Monteiro; Daniela Maria Silva Maia; Magda Lorena Nogueira da Silva; Roque Ribeiro da Silva Júnior; Amara Lima Carvalho; Géssyca Clara Reinaldo da Silva; Gabriel Rebouças da Silva; Pábula Mireia Martins de Farias

**doi** 10.37885/210705367 ..... 15

## CAPÍTULO 02

### A PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS ACERCA DAS ORIENTAÇÕES RECEBIDAS SOBRE O AUTOCUIDADO NAS SITUAÇÕES DE REPARO PERINEAL

Susane Vasconcelos; Bruna Célia Lima de Oliveira ; Carla Luzia França Araújo

**doi** 10.37885/210805634 ..... 29

## CAPÍTULO 03

### ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTANTE COM IDADE MATERNA AVANÇADA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lídia Rocha de Oliveira; José Erivelton de Souza Maciel Ferreira; Alanna Elcher Elias Pereira; Thais Nogueira Silva; Karoline Galvão Pereira Paiva; Aline de Oliveira de Freitas; Aline Pereira do Nascimento Silva; Maria Gildellyana Maia de Moura; Manuela da Silva Moreira; Maria Eduarda Rocha Lima

**doi** 10.37885/210805927 ..... 41

## CAPÍTULO 04

### CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E SUA CORRELAÇÃO AO PAPILOMAVÍRUS HUMANO: UMA REVISÃO LITERÁRIA

Luis Rueda Dorte Júnior; Lidia Braz Fernandes; Maria Luisa Lopes; Elis Marina Turini Claro

**doi** 10.37885/210805872 ..... 50

## CAPÍTULO 05

### DEPRESSÃO PERINATAL: REPERCUSSÃO NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOLÓGICO DE BEBÊS

Amanda Grazielle Aguiar Videira; Luciene de Fátima Rocinholi; Wanderson Fernandes de Souza

**doi** 10.37885/210805828 ..... 62

# SUMÁRIO

## CAPÍTULO 06

### DIREITOS HUMANOS E SAÚDE DA MULHER NEGRA: REVISÃO LITERÁRIA DOS FATORES ASSOCIADOS AO CÂNCER DE COLO UTERINO NO BRASIL

Felipe Coutinho Rodrigues; Pedro Barbosa; Julia Mathias Mendonça Meirelles; Marcus Vinícius Santos do Nascimento; Laryssa Cristina Terra Sousa

**doi** 10.37885/210805880 ..... 77

## CAPÍTULO 07

### EFICÁCIA DOS TRATAMENTOS PARA LÍQUEN ESCLEROSO VULVAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Virgínia Braz da Silva Vaz; Vívian Laís de Lima; João Pedro Ribeiro e Faria; João Vitor Lobo Félix de Paula; Dannubio Luz de Carvalho; André Quintino Porto; Ana Beatriz Montans Sallum; Luís Felipe Pimentel Abbade; Danielle Elias Mendes; João Marcos de Araújo Camargos

**doi** 10.37885/210805919 ..... 91

## CAPÍTULO 08

### ESTUDO COMPARATIVO DAS TÉCNICAS DE MLPA E CARIÓTIPO EM RECÉM-NASCIDOS COM SUSPEITA DE ANOMALIAS CONGÊNITAS

Aline Ximenes Fragoso; Hector Yuri Conti Wanderley; Maria do Carmo de Souza Rodrigues; Maria Regina Galvêas de Oliveira Rebouças; Andrea Lube Antunes de São Thiago Pereira; Larissa Souza Mario Bueno; Vera Maia; Maria Rita Passos-Bueno; Eliete Rabbi Bortolini; Flavia Imbroisi Valle Errera

**doi** 10.37885/210906008 ..... 102

## CAPÍTULO 09

### FATORES ASSOCIADOS AO PESO AO NASCER DE RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS AO HIV NO SUL DO BRASIL

Ester Zoche; Juliana Mariante Giesta; Vera Lucia Bosa; Vivian Cristine Luft; Eunice Beatriz Martin Chaves; Clarissa de Oliveira Agostini; Edison Capp; Helena von Eye Corleta

**doi** 10.37885/210805707 ..... 116

## CAPÍTULO 10

### INFLUÊNCIA DOS HÁBITOS ORAIS DE SUCÇÃO NO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E CONTINUADO

Danielle Ramos Domenis; Carla Patrícia Hernandez Alves Ribeiro César; Kelly da Silva; Nathália Monteiro Santos; Geisy Kelly Menezes

Santos; Taísa Ribeiro de Souza Oliveira; Pablo Jordão Alcântara Cruz; Raphaela Barroso Guedes-Granzotti

**doi** 10.37885/210805721 ..... 130



# SUMÁRIO

## CAPÍTULO 11

### LIMITES E POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTETRA NAS CASAS DE PARTO

Paula Cristhina Niz Xavier; Roselene Bronel Santos; João Xavier Martins neto; Kelly Lopes Araújo Appel

**doi** 10.37885/210805913 ..... 144

## CAPÍTULO 12

### MORTALIDADE INFANTIL POR CAUSAS EVITÁVEIS: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA MELHORIA DA ASSISTÊNCIA

Ana Beatriz Dorinato Pereira Neto; Cristina Franco Lamas; Rebeca dos Santos Duarte Rosa; Alessandra Palhoni Sabarense Brandão; Ingrid Tainá Inês dos Santos

**doi** 10.37885/210805668 ..... 154

## CAPÍTULO 13

### MORTALIDADE NEONATAL EM DOIS HOSPITAIS PÚBLICOS DE ALTA E MÉDIA COMPLEXIDADE NO BAIXO AMAZONAS

Milene Ribeiro Duarte Sena; Marina Chahini; Maureen Kelly Braun; Sandro Murilo Moreira de Lima; Susan Karolayne Silva Pimentel; Vítor Alvarenga Siqueira; Luana Almeida Santos; Erli Marta Reis da Silva

**doi** 10.37885/210805928 ..... 174

## CAPÍTULO 14

### NARRATIVAS DE VIDA DE PUÉRPERAS INTERNADAS NO ALOJAMENTO CONJUNTO FRENTE A HOSPITALIZAÇÃO DO FILHO COM SÍFILIS CONGÊNITA

Beatriz Cristina de Oliveira Guerra; Leila Rangel da Silva; Laura Johanson da Silva; Livia de Souza Câmara; Isabela da Costa Monnerat; Selma Villas Boas Teixeira

**doi** 10.37885/210805876 ..... 187

## CAPÍTULO 15

### O MANEJO DE CUIDADOS DE CRIANÇAS COM CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA

Lucieny Almohalha; Thayná de Miranda Queiroz

**doi** 10.37885/210605118 ..... 202

## CAPÍTULO 16

### O PAPEL DO ENFERMEIRO NAS CONSULTAS DE PUERICULTURA

Eduarda Luiza Rosanelli; Rossano Sartori Dal Molin

**doi** 10.37885/210906187 ..... 220

# SUMÁRIO

## CAPÍTULO 17

### PARTO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Améllya Nunes Diniz; Camila Ximenes Pinto; Antônia Gabriela Freitas de Vaconcelos; Dirlene Mafalda Idelfonso da Silveira

**doi** 10.37885/210605052 ..... 233

## CAPÍTULO 18

### PERCEPÇÃO DO PAI ACERCA DO MÉTODO CANGURU REALIZADO EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMOS

Camilla Celly Costa; Letícia Alves Pereira Valadares; Poliana Elzira Pereira Dos Santos Ferreira; Rebeca Dos Santos Duarte Rosa

**doi** 10.37885/210805669 ..... 240

## CAPÍTULO 19

### PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE MORTE MATERNA NA CIDADE DE MANAUS POR: CAUSA, ESCOLARIDADE E RAÇA, NO PERÍODO DE 2011 A 2015

Alexsandro Sampaio de Oliveira; Dayson José Jardim Lima; Nadionara Costa Menezes

**doi** 10.37885/210805855 ..... 253

## CAPÍTULO 20

### PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO MEDIADA POR TECNOLOGIA ASSISTENCIAL PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE INFANTIL

Ginaina Catia de Prá Oliveira; Márcia Helena de Souza Freire; Daiana Kloh Khalaf

**doi** 10.37885/210805877 ..... 270

## CAPÍTULO 21

### PSICOLOGIA: CONTRIBUIÇÕES DA OBSERVAÇÃO DO COMPORTAMENTO DE MÃES, PAIS E RECÉM-NASCIDOS NO PÓS-PARTO IMEDIATO

Tania Kiehl Lucci; Emma Otta

**doi** 10.37885/210805835 ..... 286

# SUMÁRIO

## CAPÍTULO 22

### UM OLHAR SOBRE A HUMANIZAÇÃO DO PARTO: VIVÊNCIAS DE PUÉRPERAS USUÁRIAS DO SUS

Altair dos Santos Lira; Carolina Figueiredo dos Santos; Joventina Julita Pontes Azevedo; Mariana Mello Menezes Fernandes

 10.37885/210604971..... 302

**SOBRE O ORGANIZADOR..... 318**

**ÍNDICE REMISSIVO ..... 319**



---

# A importância da fisioterapia na incontinência urinária durante a gestação: uma revisão integrativa

- | Izabel Ribeiro Monteiro
- | Daniela Maria Silva Maia
- | Magda Lorena Nogueira da Silva
- | Roque Ribeiro da Silva Júnior
- | Amara Lima Carvalho
- | Géssyca Clara Reinaldo da Silva
- | Gabriel Rebouças da Silva
- | Pábula Mireia Martins de Farias

# RESUMO

A Incontinência Urinária (IU) no período gestacional e no pós-parto é um dos distúrbios mais frequentes devido ao enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico, resultando em um enfraquecimento deles. Esse fator traz para as gestantes muitas complicações, tais como autoestima baixa, prejudicando a comodidade física, os fenômenos emocionais, mentais e diminuindo a qualidade de vida. Desse modo o objetivo geral dessa pesquisa foi apontar a importância da fisioterapia como medida preventiva e tratamento na incontinência urinária durante a gestação. Esse estudo conceituou-se como uma revisão sistemática de literatura com análise exploratória quantitativa, com base na pesquisa de artigos nas plataformas Pedro, PubMed, Cochrane Library e Scielo onde discutissem sobre a fisioterapia na incontinência urinária em gestantes. Foram encontrados 484 artigos. Após a leitura minuciosa e aplicação dos filtros resultou o total de 07 artigos para realização da amostra desta revisão. Foram observados que os exercícios perineais são realizados para promover o fortalecimento do AP, e são eficientes no tratamento e prevenção da IU reduzindo o escoamento de urina. Deste modo, através desse artigo foi evidenciado que a fisioterapia além de demonstrar importância preventiva na incontinência urinária durante a gestação, também proporcionou resultados satisfatórios na melhoria da IU em gestantes.

**Palavras-chave:** Incontinência Urinária, Gestante, Modalidades de Fisioterapia.

## ■ INTRODUÇÃO

A gravidez é um fenômeno fisiológico que ocorre dentro do útero, decorrente da fecundação do óvulo pelo espermatozoide. É um período de muitas modificações na vida da mulher, de seu companheiro e de toda a família. No decorrer da gestação, o corpo da gestante transforma-se devagar, preparando-a para parição e para a maternidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Segundo o Ministério da Saúde (2018), durante o período gestacional destaca-se muitas alterações fisiológicas e anatômicas, dentre elas: crescimento uterino, compressão da bexiga e fraqueza muscular do assoalho pélvico, a Incontinência Urinária é uma consequência que se instala devido a esse fator. O termo Incontinência Urinária (IU) é definido como a eliminação inconsciente de urina pela uretra. Essa patologia é mais comum em mulheres, podendo apresentar-se em média aos cinquenta ou sessenta anos.

De acordo com a Diretriz de incontinência urinária (2019) existem três tipos de IU: esforço, urgência e mista. A Incontinência Urinária aos Esforços (IUE), acontece em consequência de uma insuficiência na estrutura vesical e uretral que é realizado pelos músculos do assoalho pélvico (MAP) e/ou pelo enfraquecimento ou lesão do esfíncter uretral. Essa situação faz com que ocorra um extravio de urina em casos de maior compressão intra-abdominal, por exemplo, atividades de vida diária, tossir, espirrar, correr, sorrir, pegar peso, mudança de decúbito ou até mesmo caminhar, esse tipo é bem frequente no sexo feminino.

A Incontinência Urinária de Urgência (IUU), advém de uma decorrência da Hiperatividade Detrusora (HD). É nomeado HD, no momento em que o músculo detrusor se contrai involuntariamente acarretando uma súbita urgência miccional e um aumento do número miccional, com menos quantidade de urina. E para finalizar, a Incontinência Urinária Mista (IUM), que é a ligação entre IUE e IUU, isto significa que o indivíduo tem sintomas referentes aos outros tipos. (DIRETRIZ DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA, 2019).

Além disso, a gestação e o parto também podem acarretar outras disfunções no assoalho pélvico (AP), tais como incontinência fecal e prolapsos do AP. O enfraquecimento do MAP, idade e lesão no períneo, também provocam danos no AP. No período gestacional, o útero aumenta de tamanho, afastando e abaixando os órgãos pélvicos. Resultando em uma maior pressão intra-abdominal, causando nos músculos tensão e estresse. Essa circunstância prejudica de forma negativa a base pélvica na gestação. (KAHYAOGLU, BALKANLI, 2016).

Durante a gestação e no pós-parto a IU é um dos distúrbios mais frequentes neste público tendo um aumento no seu índice de 25% a 75%, isso ocorre devido a redução da força dos músculos do assoalho pélvico, e como consequência há um enfraquecimento deles. Esse fator traz para as gestantes muitas complicações, tais como baixa estima, prejudicando



a comodidade física, os fenômenos emocionais, mentais e diminuindo a qualidade de vida. (SZUMILEWICZ *et al.*, 2020).

Essa disfunção pode aparecer ou agravar-se na gestação ou no puerpério, quando sua preponderância pode acrescentar em até 11 vezes. Alterações na anatomia e nos hormônios estão totalmente relacionadas com a IU e a gestação. Um fator importante para prevenir e tratar esse distúrbio é treinar o aperfeiçoamento do MAP, a fim de resultar melhores condições relacionada a eliminação de urina na reta final da gravidez e até 90 dias após a saída do feto. (OKIDO *et al.*, 2015).

Em decorrência disso, atualmente, medidas para tratar a IU foram tomadas, tais como o método cirúrgico ou convencional. Porém, intervenções cirúrgicas, por serem de forma invasiva, expõem a paciente a maiores problemas e um período maior para reabilitação. Os medicamentos, no entanto, podem ser utilizados frequentemente, mas são capazes de proceder em implicações prejudiciais (ASSIS *et al.*, 2015).

Assis *et al.* (2015), ainda afirma que, em cirurgias e medicamentos o sistema de saúde tem um custo maior. Devido a isso, evidências comprovam que a melhor escolha seria reabilitar o AP, visto que o treinamento perineal, diminui os gastos e os riscos adversos, sendo aptos para evitar, reduzir ou recuperar a IU, proporcionando uma melhor satisfação com a vida.

Segundo Fritel *et al.* (2015), treinar o AP com a supervisão de um profissional, é um método eficiente para prevenir IU em gestantes. É um tratamento que tem mostrado bastante eficácia, ao término da gestação e após o parto, proporcionando para essas mulheres uma melhor qualidade de vida. Vale ressaltar ainda que, o fisioterapeuta é o mais qualificado para realizar tais treinamentos, a fim de obter os melhores resultados.

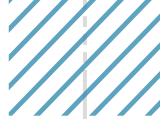
Neste aspecto, a fisioterapia é a área do conhecimento que oferece suporte tanto na gestação como na prevenção e/ou tratamento da IU. Segundo o CREFFITO 9 (2019), o fisioterapeuta deve atuar desde a descoberta da gestação, a fim de possibilitar um maior bem-estar para a gestante nessa etapa, até ao trabalho de parto. No decorrer da gestação o fisioterapeuta também trabalha outras vertentes como câibra, astenia, edemas e respiração, proporcionando para a parturiente um maior conforto durante esse período e facilitando o trabalho de parto. Além de tudo isso, realiza exercícios no assoalho pélvico com o objetivo de fortalecer esses músculos para proporcionar uma melhor qualidade de vida a esta mulher.

Em relação ao tratamento da IU, o Manual de Urologia, (2015) afirma que o profissional de fisioterapia, obtém diferentes métodos para prevenir a IU, tais como biofeedback, cones vaginais, eletroestimulação, além de treinos perineais que são considerados como o modo de reabilitação mais adequado. Frisando que treinar o MAP com exercícios de fortalecimento precisa ser o primeiro método de tratar os tipos de IU em gestantes, oferecendo para as mesmas uma eficácia no recurso terapêutico abordado.

Diante do exposto, nota-se que a gravidez é um momento único na vida da gestante, e que as mesmas esperam ansiosas pelo momento do parto, o ideal seria proporcionar para







essas mulheres um momento inesquecível e humanizado durante o momento de expulsão do feto. Porém, por ser um momento de muita alteração no corpo e na mente da gestante, em alguns casos surgem algumas patologias, como a Incontinência Urinária, mencionada nesse estudo.

Tendo em vista que a incontinência urinária é um tipo de alteração comum durante a gestação, e que afeta diretamente a qualidade de vida das gestantes, notou-se uma necessidade de uma pesquisa mais detalhada sobre o tema. A fim de compreender mais sobre essa patologia no período gestacional, e levar informações necessárias para a parturiente sobre as mudanças que irão acontecer em seu corpo, além de tratar e reabilitar o assoalho pélvico através de métodos fisioterapêuticos, elaborando parâmetros apropriados para melhor prevenir e tratar essa patologia.

As mulheres que estão no período gestacional, tendem a sofrer mais alterações do que as outras que não estão passando por esse processo, em decorrência disso as gestantes aumentam consideravelmente as chances de adquirir IU, resultando em uma interferência direta na qualidade de vida delas. Desse modo, o aconselhável seria adotar métodos preventivos, uma análise adiantada sobre essa patologia e intervenções que possam reduzir decorrências negativas da IU. (OKIDO *et al.*, 2015).

Considerando todos esses fatores, essa pesquisa teve como objetivo geral apontar a importância da fisioterapia como medida preventiva na incontinência urinária durante a gestação através de busca na literatura enfatizando a ideia de entender, a causa dessa patologia e analisar condutas, que tenham a finalidade de trazer melhorias para o bem estar físico, social e mental das gestantes, além de melhorar o fortalecimento do períneo e AP através de estudos que avaliam os planos de tratamento mais eficazes.

## ■ DESENVOLVIMENTO

### METODOLOGIA

Esse estudo definiu-se como uma revisão sistemática da literatura com análise exploratória quantitativa, com base na pesquisa de artigos que discutissem sobre a fisioterapia na incontinência urinária em gestantes.

Para o procedimento desse estudo evidencia-se os processos de uma revisão: criar uma pergunta norteadora afim de compreender mais sobre o tema e a problemática do estudo; determinar os critérios de inclusão e exclusão; aprimorar o trabalho com pesquisas na literatura e em plataformas científicas – achar os estudos, selecioná-los e avaliá-los; extração de informações; avaliação da qualidade dos estudos e da evidência proposta; interpretação dos resultados – Publicação. (DONATO; DONATO, 2019).

A sondagem e levantamento dos acervos científicos foi efetuado no período de agosto de 2020 a abril de 2021. Posto isto, o presente estudo teve como intuito responder a seguinte





pergunta norteadora: Qual a importância da fisioterapia como medida preventiva na incontinência urinária durante a gestação?

Os artigos científicos foram pesquisados em plataformas virtuais nas seguintes bases de dados: PEDro (Physiotherapy Evidence Database), PubMed (National Library of Medicine), Cochrane Library e Scielo (Scientific Electronic Library Online). Os descritores utilizados em português foram: modalidades de fisioterapia; incontinência urinária; gestantes e seus similares em inglês foram: physiotherapy modalities; urinary incontinence; pregnant women (DECS, 2020). Outras fontes de dados como: Ministério da saúde, diretriz da incontinência urinária, CREFFITO e manual da urologia também foram consultados. Eles foram ligados por descritores booleanos AND e OR com o intuito de determinar ideias convergentes e divergentes entre si. As Ligações empregadas foram: incontinência urinária e gestação/ urinary incontinence AND pregnancy/ incontinência urinária e modalidades de fisioterapia/ urinary incontinence AND physiotherapy modalitie/ incontinência urinária modalidades de fisioterapia e gestação/urinary incontinence physiotherapy AND pregnancy modalities/ incontinência urinária modalidades de fisioterapia ou gestação/ urinary incontinence physiotherapy OR pregnancy modalities/incontinência urinária ou gestação/ urinary incontinence OR pregnancy.

Foram destacados como critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos seis anos de 2015 a 2021 que discorressem sobre o tema em concordância com os descritores mencionados; estudos gratuitos e na íntegra publicados nas bases de dados propostas que estivessem na língua portuguesa e/ou inglesa; ensaios clínicos randomizados multicêntricos, cegos e/ou controlados e que enfatizassem a importância da fisioterapia em relação a incontinência urinária e que apontasse as modalidades de fisioterapia na prevenção dessa patologia.

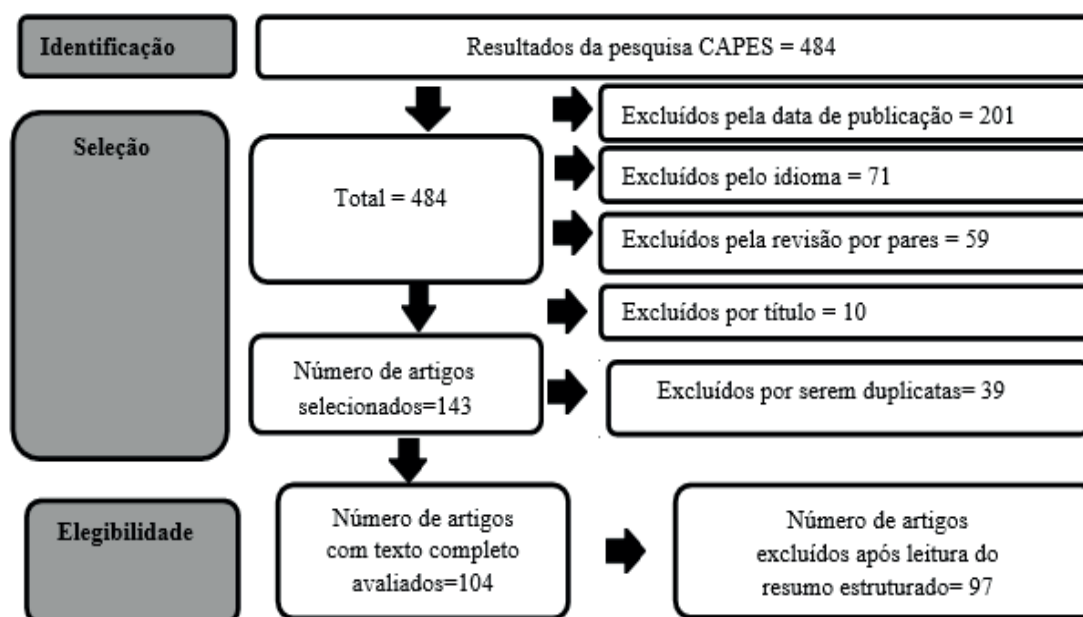
Os critérios de exclusão foram, revisões de literatura, monografias, cartas ao editor, revistas, artigos científicos incompletos, teses, artigos que não foram encontrados nas bases de dados, que não apresentassem os descritores determinados e que não abordasse o tema proposto. Os possíveis riscos foram: artigos de acordo com o tema e em concordância com os descritores em quantidade insuficiente, possível plágio, ou a não concordância com o tema abordado.

A temática exibida nessa revisão assegurará os direitos éticos e autorais dos autores, dos artigos pesquisados, de forma que as fontes referenciais foram citadas nesse trabalho segundo a norma 6023 da ABNT.

Para realizar a coleta de dados, foi efetuada uma leitura minuciosa do título e do resumo dos artigos. Referente a combinação dos descritores e a concordância com o tema proposto a princípio foram encontrados 484 artigos nos bancos de dados citados anteriormente. Logo após a aplicação do filtro referente aos últimos seis anos, tipo de estudo, critérios de inclusão e exclusão, resultaram em 07 estudos, ambos lidos na íntegra, resultando com o total de 07 artigos para realização da amostra desta revisão. Segue abaixo o fluxograma prisma (Figura 1), referente a aplicabilidade dos filtros nos artigos.



**Figura 1.** Fluxograma Prima



Fonte: próprio autor (2021).

## RESULTADOS

Foi apresentado no quadro abaixo as plataformas utilizadas na pesquisa e o número de artigos encontrados em cada uma, tal qual as palavras-chaves utilizadas, os filtros aplicados e a combinação dos mesmos, trabalhos selecionados pelo título e/ou resumo e o total de artigos que foram incluídos no estudo.

**Quadro 1.** Plataformas e números de artigos encontrados.

|                                       | PEDRO                                                                                                                     | PUBMED                                                                                   | COCHARNE                           | SCIELO                                                                   |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Palavras-chave                        | Modalidades de fisioterapia, incontinência urinária, gestantes. Physiotherapy modalitie, urinary incontinence, pregnancy. |                                                                                          |                                    |                                                                          |
| Nº encontrado                         | 55                                                                                                                        | 113                                                                                      | 277                                | 39                                                                       |
| Filtros utilizados                    | Nota 7, inclui ensaios clínicos, publicados desde 2015                                                                    | Ensaio clínico. Texto completo gratuito publicado nos últimos 5 anos. Português e inglês | De 2015 – 2020, respostas clínicas | Texto completo gratuito publicado nos últimos 5 anos. Português e inglês |
| Nº após filtro                        | 1                                                                                                                         | 29                                                                                       | 139                                | 32                                                                       |
| Combinação de palavras chave          | Urinary incontinence AND pregnancy                                                                                        | Urinary incontinence pregnancy AND                                                       | Urinary incontinence pregnancy AND | Urinary incontinence AND pregnancy                                       |
| Resultado                             | 1                                                                                                                         | 25                                                                                       | 23                                 | 12                                                                       |
| Combinação de palavras-chave e filtro | 1                                                                                                                         | 3                                                                                        | 3                                  | 5                                                                        |
| Artigos pré- selecionados pelo título | 1                                                                                                                         | 3                                                                                        | 3                                  | 1                                                                        |
| Artigos pré- selecionados pelo resumo | 1                                                                                                                         | 3                                                                                        | 3                                  | 0                                                                        |
| Artigos já encontrados                | 1                                                                                                                         | 3                                                                                        | 3                                  | 0                                                                        |
| Total artigos de utilizados           | 1                                                                                                                         | 3                                                                                        | 3                                  | 0                                                                        |

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

## Quadro 2. Artigos selecionados para resultados/discussões.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Artigo 1/Título:</b> Efeito do treinamento dos músculos do assoalho pélvico baseado em aplicativo em tratamento da incontinência urinária de esforço em primíparas: um estudo randomizado ensaio controlado/ Effect of pelvic floor muscle training base don application in treatment of stress urinary incontinence in primiparous women: a randomized study controlled test.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Autor (es):</b> WANG, X. <i>et al</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Ano de publicação:</b> 2020                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Tipo de estudo:</b> Ensaio clínico randomizado controlado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Objetivo:</b> Determinar a eficácia do treinamento dos músculos do assoalho pélvico em orientação de áudio baseado em aplicativo no tratamento da incontinência urinária de esforço em primíparas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Metodologia:</b> As 108 participantes com idade de 20 a 30 anos e com 30 a 32 semanas de gestação foram alocados aleatoriamente (1: 1) no grupo de áudio (54) ou no grupo de controle (54). Primeiro vem incluída a gravidade da incontinência urinária de esforço e adesão ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico como-avaliado pela Consulta Internacional sobre o Questionário de Incontinência - Formulário Curto de Incontinência Urinária e a Escala de auto-eficácia do Músculo Pélvico de Broome, respectivamente. Os desfechos secundários incluíram assoalho pélvico força muscular, mobilidade do colo da bexiga e função sexual medida por palpação vaginal e pélvica eletromiografia da superfície do músculo do assoalho, ultrassom perineal e Índice de Função Sexual Feminina, respectivamente. A análise dos dados seguiu o princípio de intenção de tratar. Modelo de equação de estimativa generalizada, <i>t</i> -teste e teste do qui-quadrado foram usados para examinar o efeito da intervenção nos resultados primários e resultados secundários, respectivamente. |
| <b>Resultado geral:</b> Os participantes mostraram melhora significativa na gravidade dos sintomas em todo o estudo, que foi mais significativo 6 semanas após o parto ( $\beta = -4,245$ , $p < 0,001$ ). Nenhuma diferença significativa foi encontrada na gravidade dos sintomas entre os grupos ( $\beta = -0,344$ , $p = 0,168$ ). O efeito de interação entre intervenção e tempo de adesão foram significativos. Em comparação com o grupo de controle, maior auto eficácia foi mostrado no grupo de áudio em 6 semanas ( $\beta = 4,425$ , $p = 0,009$ ), 3 meses ( $\beta = 3,204$ , $p < 0,001$ ) e 6 meses ( $\beta = 4,457$ , $p < 0,001$ ) pós-parto. Os participantes do grupo de áudio indicaram menos colo da bexiga descida (16,5 vs. 19,5, $p = 0,020$ ) 6 semanas após o parto, melhor força muscular do assoalho pélvico (12,5% vs.34,0%, $p = 0,012$ ; 4,2% vs. 18,0%, $p = 0,030$ ) e função sexual (22,2 vs. 17,3, $p = 0,007$ ) em 6 meses pós-parto.                                                                                                                          |
| <b>Artigo 2/Título:</b> Programa de exercícios de alto-baixo impacto incluindo músculos do assoalho pélvico. Exercícios para melhorar o assoalho pélvico função muscular em grávidas saudáveis - um ensaio de controle randomizado. / High-lowimpact exercise program including pelvicfloor muscles. Exercises to improve pelvic floo r muscle function in healthy pregnant women - a randomized controltrial.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Autor (es):</b> SZUMILEWICZ, A. <i>et al</i> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Ano de publicação:</b> 2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Tipo de estudo:</b> Ensaio de controle randomizado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Objetivo:</b> Investigar se um programa de exercícios estruturado, incluindo aeróbica de alto e baixo impacto por exercícios para os músculos do assoalho pélvico, melhora a atividade neuromuscular do assoalho pélvico e não reduz a qualidade de vida em termos de incontinência urinária em mulheres grávidas saudáveis.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Metodologia:</b> Este foi um ensaio de controle randomizado entre 97 múltiparas brancas saudáveis em gestações não complicadas (idade $30 \pm 4$ anos, $21 \pm 5$ semanas de gestação; média $\pm$ DP). As mulheres foram avaliadas quanto às funções dos músculos do assoalho pélvico com eletromiografia de superfície (EMG) usando sondas vaginais e usando o Incontinence Impact Questionnaire (IIQ). Somente mulheres capazes de contrair os músculos do assoalho pélvico e com boa qualidade de vida baseada em IIQ foram incluídos no estudo. Setenta mulheres do grupo experimental participaram em um programa de exercícios supervisionados, incluindo aeróbica de alto-baixo impacto e assoalho pélvico exercícios musculares três vezes por semana. Vinte e sete controles não receberam nenhum exercício de intervenção. Após 6 semanas, ambos os grupos foram testados novamente com EMG e IIQ. Pós- e pré- as mudanças no programa de exercícios em cada grupo foram analisadas por meio de medidas repetidas.                                                                       |
| <b>Resultado geral:</b> As mulheres do grupo experimental melhoraram a atividade neuromuscular do assoalho pélvico em algumas tarefas motoras sem quaisquer resultados adversos da intervenção. Após o programa de exercícios, foi observado no grupo experimental significativamente maior a amplitude EMG nos músculos do assoalho pélvico durante as contrações de 3 s ( $p = 0,014$ ). Também foi notado uma tendência benéfica no aumento da atividade neuromuscular durante Contrações de 10 e 60 s, mas as mudanças não foram estatisticamente significativas. Mulheres que se exercitam melhoraram substancialmente suas habilidades de relaxamento após 3 e contrações de 10 s ( $p = 0,013$ ep<0,001). Nos controles, não foi relatado nenhuma estatística de melhoria significativa em qualquer uma das tarefas motoras. Todos os participantes do estudo mantiveram boa qualidade de vida relacionada à incontinência urinária.                                                                                                                                                            |
| <b>Artigo 3/Título:</b> Efeito do exercício para músculos do assoalho pélvico e funções de atividade miccionalais durante a gravidez e o período pós-parto/ Effectof exercise for pelvic floor muscles andvoiding activity functions during pregnancy and thepost partum period.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Autor (es):</b> KAHYAOGU, H.; BALKANLI, P.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Ano de publicação:</b> 2016                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Tipo de estudo:</b> Ensaio clínico randomizado aleatorizado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Objetivo:</b> O objetivo deste estudo foi investigar os efeitos do exercício da musculatura do assoalho pélvico durante a gravidez e o período pós-parto na atividade muscular do assoalho pélvico e funções miccionais.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

**Metodologia:** Mulheres grávidas com idade de pelo menos 18 anos (n¼ 60) eram distribuídas aleatoriamente em dois grupos (Treinamento [n ¼ 30] e Controle [n ¼ 30]) usando um sistema baseado em computador. A força muscular do assoalho pélvico foi medida com um aparelho de perineometria. Os sintomas urinários foram medidos usando o urinário Distress Inventory (UDI-6), Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) e Questionário de bexiga hiperativa(OAB-q). As funções miccionais foram medidas usando urofluxometria e diários miccionais de 3 dias. As medições foram obtidas na semana 28, semanas 36-38 de gravidez e semanas 6-8 pós-parto.

**Resultado geral:** A força muscular do assoalho pélvico diminuiu significativamente durante a gravidez (P <0,001). No entanto, a melhora da força muscular do assoalho pélvico foi significativamente maior no grupo Treinamento em comparação ao grupo Controle (P <0,001). Os escores UDI-6, IIQ-7 e OAB-q não foram significativamente modificados durante as semanas 36-38 de gravidez no grupo de treinamento (P> 0,05). No entanto, UDI-6, enfrentamento, preocupação e total os escores de OAB-q diminuíram significativamente durante as semanas 36-38 de gravidez no grupo controle (P <0,05). O UDI-6e as pontuações OAB-q melhoraram significativamente durante as semanas pós-parto 6-8 (P <0,05). As funções de micção foram afetados negativamente em ambos os grupos, diminuindo durante as semanas 36-38 de gravidez e melhorando durante o período do pós-parto.

**Artigo 4/Título:** Efetividade de um manual de exercícios domiciliares na promoção da continência urinária durante a gestação: um ensaio clínico aleatorizado pragmático/ Effective nessofan exercise manual in promoting continence urine during pregnancy: a trial pragmatic randomized clinical trial.

**Autor (es):** ASSIS, L. C. *et al.*

**Ano de publicação:** 2015

**Tipo de estudo:** Ensaio clínico randomizado aleatorizado pragmático.

**Objetivo:** Avaliar a efetividade de um manual de orientação de exercícios domiciliares (MOED) para o assoalho pélvico (AP) na promoção da continência urinária em gestantes primigestas.

**Metodologia:** Ensaio clínico com 87 participantes com faixa etária de 20 a 35 anos e no máximo até a 18ª semana gestacional, avaliadas 6 vezes durante a gestação e divididas aleatoriamente em 3 grupos: Grupo supervisionado (Gsup), que praticou exercícios com supervisão; Grupo observado (Gobs), que praticou exercícios sem supervisão, e Grupo referência (Gref), que não praticou exercícios. Incontinência urinária (IU) (desfecho primário) e força muscular perineal (FMP) (desfecho secundário) foram avaliadas por intermédio de diário de perdas urinárias e perineometria, respectivamente. Foram utilizados o teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste post hoc de Dunn, para variáveis contínuas, e o teste do  $\chi^2$  e testes Z, com correções de Bonferroni, para proporções, com nível de significância de 5%.

**Resultado geral:** O Gsup e o Gobs apresentaram 6,9% de gestantes incontinentes, enquanto o Gref apresentou 96,6% de incontinentes. Quanto à FMP, o Gsup e o Gobs apresentaram valores médios de contração de 10 e 8,9 cmH<sub>2</sub>O, respectivamente, enquanto o Gref apresentou valor de 4,7 cmH<sub>2</sub>O. Ambos os resultados significantes.

**Artigo 5/Título:** Avaliação do bem-estar fetal em mulheres grávidas submetidos ao treinamento dos músculos do assoalho pélvico: um estudo randomizado controlado/ Assessment of fetal well-being in pregnant women undergoing pelvic floor muscle training: a randomized controll edstudy.

**Autor (es):** OKIDO, M. M *et al.*

**Ano de publicação:** 2015

**Tipo de estudo:** Estudo randomizado controlado.

**Objetivo:** O objetivo foi avaliar o bem-estar de mulheres grávidas submetidas ao treinamento muscular do assoalho pélvico, avaliando o quadro agudo e crônico dos efeitos do procedimento pelo método Doppler.

**Metodologia:** Noventa e seis primigestas com mais de 18 anos, com gestação inicial e com baixo risco de complicações na gravidez foram randomizados para intervenção com PFMT ou sem intervenção. A análise final incluiu 26 mulheres na intervenção grupo e 33 no grupo controle. Mulheres da intervenção grupo de intervenção foram submetidos a um programa diário de PFMT. Provas de possível risco fetal foi avaliado por Doppler e o controle grupo recebeu cuidados padrão. O protocolo foi conduzido de 20 a 36 semanas de gestação. Os índices de pulsatilidade (PI) das artérias uterina, umbilical e cerebral média foram determinados às 28, 32 e 36 semanas de gestação. O efeito agudo foi determinado comparando os valores obtidos antes e depois do exercício no grupo submetido a PFMT e o efeitos crônicos foram determinados comparando o repouso valores do grupo treinado com os do grupo controle

**Resultado geral:** Os resultados obtidos mostraram valores normais para as três idades gestacionais em ambos os grupos, sem diferença entre grupos. A comparação antes e depois do exercício mostrou um declínio significativo no IP da artéria uterina em 36 semanas sem alterações no fluxo das artérias umbilical e cerebral média.

**Artigo 6/Título:** Um programa de exercícios para os músculos do assoalho pélvico supervisionado de 6 semanas é eficaz na prevenção da incontinência urinária de esforço no final da gravidez em mulheres primigestas? um ensaio clínico randomizado / Is a 6-week supervised pelvic floor exercise program effective in preventing stress urinary incontinence in late pregnancy in primiparo us women? a randomized clinical trial

**Autor (es):** SANGSAWANG, B.; SANGSAWANG, N.

**Ano de publicação:**2015

**Tipo de estudo:** Ensaio clínico randomizado.

**Objetivo:** O estudo investigou o efeito de um programa de exercícios supervisionados para os músculos do assoalho pélvico (PFME) de 6 semanas para prevenir a incontinência urinária de esforço (IUE) na 38ª semana de gestação.



**Metodologia:** Foi realizado um ensaio clínico randomizado em dois projetos de braços: um grupo de intervenção e um grupo de controle, usando os números gerados por computador aleatoriamente. Um assistente de pesquisa, que não estava envolvido com o cuidado dos participantes, sorteava e abria o envelope para cada participante alocar no grupo intervenção e no grupo controle. Os investigadores não podiam ser cegados quanto à alocação. Setenta mulheres primigestas com idade maior que 18 anos e que tinham continente com idade gestacional de 20-30 semanas foram aleatoriamente designadas para participar dos grupos de intervenção (n = 35) e controle (n = 35). A intervenção foi um programa PFME supervisionado de 6 semanas com instrução verbal e um manual, três sessões de treinamento de 45 min com o pesquisador principal (na 1ª, 3ª e 5ª semanas do programa) e treinamento diário em casa por um período geral de 6 semanas.

**Resultado geral:** O desfecho primário foi auto-relatado de IUE, e o desfecho secundário foi a gravidade da IUE em mulheres grávidas, que compreende frequência, volume de perda de urina e pontuação da gravidade percebida de IUE no final da gravidez na 38ª semana de gravidez. A análise estatística foi realizada usando o teste Qui-quadrado, o teste t para amostras independentes e o teste U de Mann-Whitney. O valor P de significância foi <0,05. Ao final da intervenção, 2 das 35 mulheres do grupo intervenção e 5 das 35 mulheres do grupo controle desistiram do estudo. Portanto, o total de participantes do estudo foi de 63 gestantes (33 no grupo intervenção e 30 no grupo controle). Menos mulheres no grupo de intervenção relataram IUE do que o grupo controle: 9 de 33 (27,3%) versus 16 de 30 (53,3%) com 38 semanas de idade gestacional (OR 3,05, IC 95% 1,07-8,70, P = 0,018).

**Artigo 7/Título** Prevenção da incontinência urinária com exercícios supervisionados do assoalho pélvico no pré-natal/ Prevention of urinary incontinence with supervised prenatal pelvic floor exercises.

**Autor (es):** FRITEL, X. *et al.*

**Ano de publicação:** 2015

**Tipo de estudo:** Estudo controlado randomizado e cego

**Objetivo:** Comparar, em uma população não selecionada de mulheres grávidas multíparas, o efeito pós-natal de treinamento muscular do assoalho pélvico supervisionado **no pré-natal** com escrita instruções sobre incontinência urinária (IU) pós-parto.

**Metodologia:** Em um ensaio clínico randomizado em dois grupos paralelos, 282 mulheres com pelo menos 18 anos e com 20 a 28 semanas de gestação. Foram recrutadas de cinco hospitais universitários na França e randomizados durante o segundo trimestre da gravidez. O fisio-grupo de terapia recebeu pré-natal supervisionado individualmente exercícios. Ambos os grupos receberam instruções por escrito sobre como fazer exercícios em casa. Mulheres eram avaliadas cegamente no início do estudo, final da gravidez, e 2 e 12 meses após o parto. O principal resultado medido foi a gravidade da IU, avaliada com uma Consulta Internacional sobre o Questionário de Incontinência - Incontinência Urinária pontuação do Short Form (intervalo de 0-21; 1-5 é UI leve) em 12 meses pós-parto; outros resultados foram prevalência de IU e problemas do assoalho pélvico avaliados por autoadministração questionários. Para dar uma diferença de 1 ponto na gravidade da IU pontuação, 91 mulheres em cada grupo (padrão desvio 2,4, a50,05, b50,20 e análise bilateral).

**Resultado geral:** Entre fevereiro de 2008 e junho de 2010, das 282 mulheres citadas na metodologia, 140 mulheres foram randomizadas no grupo de fisioterapia e 142 no grupo de controle. Nenhuma diferença foi observada entre os dois grupos na gravidade da IU, prevalência ou problemas do assoalho pélvico no início, no final da gravidez e no 2 e 12 meses após o parto. Aos 12 meses pós-parto, o resultado primário estava disponível para 190 mulheres (67,4%); a gravidade média da IU foi de 1,9 na fisioterapia grupo comparado com 2,1 no grupo controle (P5,38).

**Fonte:** próprio autor (2021).

## DISCUSSÕES

Wang *et al.* (2020) com o intuito de realizar uma prática de treinamento dos músculos do assoalho pélvico em gestantes com incontinência urinária realizou um estudo de ensaio clínico paralelo, randomizado e controlado. Constatou que através da contração e relaxamento da musculatura pélvica, houve uma medida significativa em relação a sintomatologia mais grave, além de apontar melhoras na força e na resistência muscular do assoalho pélvico durante a contração.

Levando em consideração esses argumentos, pode-se notar que em decorrência do treino da musculatura do assoalho pélvico sua fisiologia apresentou melhor mobilidade do colo da bexiga, impossibilitando a queda dela, além de melhor amplitude no momento da contração e um índice da função sexual feminina considerável. (WANG *et al.*, 2020)

Assim também, Szumilewicz *et al.* (2019) em sua pesquisa confirma o que o autor citado anteriormente relatou de que treinar os músculos do assoalho pélvico pode ajudar na prevenção ou no tratamento da IU melhorando sua função esfinteriana. Referiu que



houve um crescimento significativo da amplitude dessa musculatura, além de um benéfico aumento das contrações durante as atividades físicas e uma relativa melhora na habilidade de relaxamento após rápidos movimentos.

Referente a isso, é evidente que exercícios não prejudicam o assoalho pélvico em gestantes com incontinência urinária, e sim, favorecem inúmeros benefícios tal como a melhora das funções motoras, proporcionando para essas mulheres uma melhor qualidade de vida sem a perda de urina. (SZUMILEWICZ *et al.*, 2019).

Já Kahyaoglu e Balkanli (2016), discorreu em seu estudo que os exercícios de Kegel é abundantemente o recurso mais aplicado para obter uma melhora significativa da força dos músculos do assoalho pélvico (MAP) e buscar uma melhor qualidade de vida. Esses exercícios além de impedir disfunções no AP, ainda elevam a força muscular desse grupo, que em decorrência da gravidez acabam ficando enfraquecidos.

Outro ponto que merece ser enfatizado, em relação aos exercícios de Kegel é que seus resultados se apresentam satisfatórios e eficazes, pois propicia para muitas gestantes uma adequada consciência corporal, tônus aumentado, um maior controle uretral e uma evolução em relação ao quadro de IU de forma positiva, pois esse método evita danos no sistema urinário e no MAP. (KAHYAOGLU; BALKANLI, 2016).

Partindo do mesmo conceito que já foi explanado anteriormente, Assis *et al.* (2015) cita em seu artigo que os exercícios perineais estão sendo trabalhados para reabilitar o AP, visto que são propícios para prevenção, diminuição ou tratamento da IU. Transcreve que a prevalência de IU em grávidas que não tem o hábito de realizar esse tipo de exercício é de 40%, uma vez que o treinamento do períneo reduz cerca de 40% esses casos.

O artigo também comprova que os resultados são similares aos outros quando demonstram que trabalhar o AP potencializa a força do MAP, diminui a gravidade da IU relacionado a frequência e a quantidade de extravio miccional, além disso é notório uma melhora na funcionalidade sexual e na qualidade de vida dessas gestantes. (ASSIS, *et al.*, 2015).

Diante de todas as ideias e informações acima, Fritel *et al.* (2015), combina seus pensamentos com os outros autores, quando afirma que a gestação é um dos motivos que exacerbam a IU e um método eficaz para tratar essa disfunção é através de exercícios fisioterapêuticos, objetivando resultados que melhorem o bem-estar e a qualidade de vida dessas mulheres.

Porém, discorrem que gestantes que realizam os exercícios sem dedicação, constância e assiduidade os resultados não costumam ser satisfatórios, como ocorreu nesse estudo, onde inicialmente a preponderância de IU na gestação era de 37,6% e nas últimas semanas gestacionais 44,2%, após realizarem o treino fisioterapêutico esse número reduziu





relativamente para 30,6%, no qual obteve-se um resultado que não sucedeu de modo convincente. (FRITEL *et al.*, 2015).

Nesse contexto, Okido *et al.* (2015), também escreveu sobre a importância e os benefícios dos exercícios fisioterapêuticos como um meio de tratamento para IU em mulheres grávidas. Associados com a palpação vaginal e biofeedback eletromiográfico, treinam o MAP resultando na prevenção das disfunções urinárias, bem como a IU durante a gestação, a diminuição da mesma nos últimos meses gestacionais e 90 dias pós-parto.

Nesse estudo ocorreu uma redução significativa na IU logo após o treinamento do MAP as 36 semanas gestacionais. Vale ressaltar que, existe uma dissimilitude entre o treino do MAP com relação as demais atividades físicas, visto que em relação a outros exercícios pode ocasionar danificações no útero, e por consequência danos ao bebê. (OKIDO *et al.*, 2015). Sangsawang e Sangsawang (2015), corrobora com os autores citados anteriormente, onde em seu artigo evidencia que gestantes que costumam praticar exercícios durante a gestação tornam-se 56% menos predispostas a referir IU no final do ciclo gestacional, do que grávidas que não realizam nenhuma atividade. Esses exercícios são realizados para promover aumento do fortalecimento, a contração voluntária adequada e o relaxamento do MAP, é eficiente no tratamento e prevenção da IU, além disso, imobiliza a uretra, aperfeiçoa a funcionalidade de suporte para o colo da bexiga e a estrutura esfíncteriana reduzindo o escoamento de urina. (SANGSAWANG; SANGSAWANG, 2015). Sobre as limitações, o artigo 1 refere que as participantes se encaminharam de um hospital terciário, onde a maior parte relatava que sentia sintomas leves de IU, dificultando a identificação de sintomas graves entres os grupos. Além disso, o número da amostra foi definido com apenas 10 gestantes, reduzindo a estatística do estudo, vale ressaltar que a amostragem foi traçada possibilitando uma desistência de 20% das constituintes do estudo. (WANG *et al.*, 2020).

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em consideração essas informações, foi evidenciado que a fisioterapia além de demonstrar importância preventiva na incontinência urinária durante a gestação, também proporcionou resultados satisfatórios na melhoria da IU em gestantes, reduzindo a sintomatologia, melhorando a força do AP e períneo, as funções motoras e a resistência muscular, proporcionando para essas mulheres uma melhor qualidade de vida sem a perda de urina.

Em virtude dos estudos mencionados os métodos terapêuticos eficazes abordados para o tratamento da IU na gestação foram o treinamento da musculatura do assoalho pélvico combinados com outras técnicas, como exercícios de Kegel, exercícios perineais, contração e relaxamento do MAP, palpação vaginal, biofeedback eletromiográfico, e treinos físicos.





Com base na escassez de artigos sobre esse tema, é de suma importância a necessidade de novos estudos sobre a temática, a fim de aumentar o acervo bibliográfico e melhorar tais condutas e protocolos de tratamento.

## ■ REFERÊNCIAS

1. ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. Guia para elaboração de referências. Informação e documentação – Referências – Elaboração. 2.ed. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://www.abnt.org.br>. Acesso em: 17 set. 2020.
2. ASSIS, L. C. et al. Efetividade de um manual de exercícios domiciliares na promoção da continência urinária durante a gestação: um ensaio clínico aleatorizado. *Rev.Bras Ginecol Obstet*, São Paulo, v. 37, n. 10, p. 460-466, out. 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/8ywqWjj3qdL8ZnkFN6HPbTd/?format=html>. Acesso em: 27 ago. 2020.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Gravidez o que é, sintomas, complicações, tipos e prevenção. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/gravidez>. Acesso em: 17 set. 2019.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Incontinência urinária: o que é, sintomas, complicações, tipos, prevenção e tratamento. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/dicas-em-saude>. Acesso em: 17 set. 2020.
5. CREFITO. Os benefícios da fisioterapia antes, durante e após a gravidez. 2019. Disponível em: <http://www.crefito9.org.br/noticias/os-beneficios-da-fisioterapia-antes-durante-e-apos-a-gravidez>. Acesso em: 21 set. 2019.
6. DIRETRIZES de Incontinência Urinária. 2019. Disponível em: <http://conitec.gov.br/>. Acesso em: 27 ago. 2020.
7. DONATO, H.; DONATO, M. Etapas na condução de uma revisão sistemática. 2019. Disponível em: <https://www.researchgate.net>. Acesso em: 24 set. 2020.
8. FRITEL, X. et al. Reverting Urinary Incontinence With Supervised Prenatal Pelvic Floor Exercises: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*, [s. l.], v. 126, n. 2, p. 370-377, aug. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26241428/>. Acesso em: 27 ago. 2020.
9. KAHYAOGU, S. H.; BALKANLI, K. P. Effect of pelvic floor muscle exercise on pelvic floor muscle activity and voiding functions during pregnancy and the postpartum period.. *NeurourolUrodyn*, v. 35, n. 3, p.417-22, mar. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25648223/>. Acesso em: 27 ago. 2020.
10. MANUAL de Uroginecologia e Cirurgia Vaginal. 2015. Disponível em: [PubMed/Manual\\_de\\_Uroginecologia\\_e\\_Cirurgia\\_Vaginal](#). Acesso em: 27 ago.2020.
11. OKIDO, M. M. et al. Assessment of foetal wellbeing in pregnant women subjected to pelvic floor muscle training: a controlled randomised study. *Int Urogynecol J*, [s. l.], v. 26, n. 10, p. 1475-81, oct. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26294205>. Acesso em: 27 ago. 2020.





12. SANGSAWANG, B.; Sangsawang, N. Is a 6-week supervised pelvic floor muscle exercise program effective in preventing stress urinary incontinence in late pregnancy in primigravid women?: a randomized controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, [s. l.], p. 197-103, Feb. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26720598/>. Acesso em: 27 ago. 2020.
13. SZUMILEWICZ, A. et al. Prenatal high low impact exercise program supported by pelvic floor muscle education and training decreases the life impact of postnatal urinary incontinence: a quasi experimental trial. *Medicine (Baltimore)*, [s. l.], n. 99, 2. 6, feb. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32028397/>. Acesso em: 27 ago. 2020.
14. WANG, X. et al. Effect of app-based audio guidance pelvic floor muscle training on treatment of stress urinary incontinence in primiparas: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*, [s. l.], apr. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32058140/>. Acesso em: 27 ago. 2020.





---

# A percepção das puérperas acerca das orientações recebidas sobre o autocuidado nas situações de reparo perineal

| **Susane Vasconcelos**  
UERJ

| **Bruna Célia Lima de Oliveira**  
UNIRIO

| **Carla Luzia França Araújo**  
UFRJ

# RESUMO

**Objetivo:** Analisar as orientações recebidas no pós-parto quanto ao cuidado do períneo após reparo de lacerações, a partir da compreensão das puérperas. **Método:** estudo qualitativo, exploratório, realizado com 19 puérperas que tiveram parto por via vaginal numa maternidade pública na cidade do Rio de Janeiro e que sofreram laceração espontânea em períneo do tipo de 1º e/ou 2º grau, necessitando de reparo na região. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo, tendo como referência as concepções de Bardin. **Resultados:** Os resultados foram divididos em três categorias: “Compreensão das puérperas no momento de pós parto imediato”, “Cuidados de higiene em situações de reparo perineal” e “Autonomia da mulher e os cuidados com o períneo”. A dor foi a maior dificuldade citada por elas presente no pós parto imediato que limitava o nível de compreensão juntamente com a fragilidade física e emocional do puerpério. Os profissionais envolvidos prestaram a devida assistência e informações sobre cuidados de higiene. **Conclusão:** A assistência prestada às mulheres no período de parto e puerpério deve ser individualizada e torna-se imprescindível criar estratégias educativas que auxiliam a autonomia da mulher em cuidar do períneo.

**Palavras-chave:** Período pós Parto, Lacerações, Educação em Saúde, Autocuidado.

## ■ INTRODUÇÃO

Gestação, parto e pós parto, são eventos capazes de marcar positivamente ou negativamente a vida de uma mulher e sua família, dependendo, entre outros fatores, das orientações e dos cuidados que são recebidos nesses períodos. Antes mesmo do nascimento do bebê, a maternidade em si já provoca alterações hormonais, fisiológicas, comportamentais e sociais, causando mudanças em todo o contexto social em que a mulher está inserida, interferindo na sua autoimagem e na sua identidade feminina (PESSOA *et al.*, 2009; FRANCISQUINI *et al.*, 2011).

Após o parto, com a expulsão da placenta, tem-se início ao que chamamos de puerpério, definido como o período do ciclo gravídico-puerperal onde as modificações ocasionadas pela gravidez e parto no organismo da mulher retornam ao seu estado pré gravídico. É um período que a mulher precisa enfrentar diversas situações, tais como: o desconforto do pós-parto imediato, a dificuldade relacionada ao sono e repouso, ansiedade, insegurança, despreparo para cuidar do bebê, as expectativas em relação ao novo, medo, momentos depressivos ou até mesmo a depressão e todas essas dificuldades iniciais vivenciadas pelas puérperas estão relacionadas com as alterações físicas e fisiológicas, que irão interferir na sua qualidade de vida, na promoção do autocuidado e no binômio mãe e bebê (CENTA; OBERHOFER; CHAMMAS, 2002; OLIVEIRA, 2005; LIMA-LARA; FERNANDES, 2010).

Associada a todas essas situações, pode se apresentar a dor perineal, que em geral está relacionada à gravidade do trauma perineal ocasionado no momento do parto. O períneo é uma área onde se encontra músculos superficiais e profundos. Tem a forma de losango e é dividido em região anterior e posterior. Sendo a região posterior formada pelos órgãos genitais externos que formam a vulva – lábios maiores e menores, vestibulo vaginal e o clitoris. Na região posterior encontra-se o ânus. No parto vaginal, durante o período expulsivo que ocorre o desprendimento do pólo cefálico e espáduas, estas formações musculares se distendem, sujeito a lacerações variáveis. De acordo com a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde, em virtude do parto vaginal, muitas mulheres podem apresentar algum trauma perineal, devido ocorrência de lacerações espontâneas, episiotomia ou de ambos. As lacerações espontâneas são classificadas por grau, sendo: primeiro grau aquelas que afetam somente pele e mucosa, segundo grau que se estendem até os músculos perineais e terceiro e quarto grau que atingem o músculo esfíncter do ânus. Vale ressaltar que a episiotomia tende a ser abandonada como rotina, uma vez que não há evidências confiáveis de melhores resultados maternos ou perinatais com o emprego rotineiro dessa prática (OMS, 1996; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; FRANCISCO *et al.*, 2014; CARIOCI *et al.*, 2014).

As Diretrizes Nacionais de assistência ao parto normal de 2017 refere como boas práticas de cuidados do períneo aconselhar e orientar a mulher o tempo todo caso haja algum



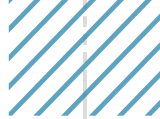
tipo de laceração e se houver a necessidade de reparo, enfermeiras obstetras, obstetrizes, médicos obstetras devem estar treinados para avaliação e habilitados para tal processo, garantindo que a relação mãe e bebê não seja prejudicada. Considerando a paridade dessas mulheres, observa-se que primíparas estão mais susceptíveis ao trauma perineal, enquanto as chances das múltiparas sofrerem algum tipo de laceração é 55% menor (SMITH L *et al.*, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Além disso, pesquisas mostram que a maioria das mulheres que tem parto vaginal sofre algum grau de trauma perineal e que mais da metade necessitam de reparo para facilitar a cicatrização do tecido lesado. Entre as morbidades decorrentes do reparo perineal, existem as que podem ocorrer em curto prazo, como: sangramento vaginal, infecção, deiscência de sutura e hematoma. Em longo prazo, podem ocorrer dispareunia, incontinência urinária e fecal e problemas no assoalho pélvico.<sup>15</sup> Toda essa dor afeta a mulher e sua mobilidade e pode repercutir de forma negativa na experiência da maternidade e mesmo sabendo que esse período é caracterizado por fragilidades e intercorrências, se comparado a outras fases do ciclo gravídico-puerperal, o puerpério é uma fase em que a mulher recebe menos atenção da equipe de saúde e/ou não consegue assimilar as orientações fornecidas para prevenção de possíveis complicações (FRANCISQUINI *et al.*, 2011; FRANCISCO *et al.*, 2011; CHANG *et al.*, 2011; BICK *et al.*, 2012; KETTLE; DOWSWELL; ISMAIL, 2012).

Em um país como o Brasil, influenciado por inúmeras culturas, percebe-se a forte influência do conhecimento popular-empírico e das tradições culturais e religiosas sobre os aspectos gestacionais e puerperais, por isso é importante que o profissional de saúde que presta assistência à gestante durante o pré-natal, parto e puerpério forneça orientações e explicações que permitam desmitificar conceitos e ajudar em cada período e sendo o puerpério o período de riscos devido alterações fisiológicas e psicológicas, torna-se essencial que estes cuidados tenham como base prevenção de complicações, conforto físico e emocional e educação em saúde (CENTA; OBERHOFER; CHAMMAS, 2002; STRAPASSON; NEDEL, 2010; FRANCISQUINI *et al.*, 2011).

As ações educativas precisam ser baseadas na escuta ativa, empatia, no acolhimento e na valorização das especificidades onde cada orientação deve ser reforçada perante as necessidades de cada mulher e família, preparando-as para vivenciar cada etapa, minimizando medos e incertezas, o que às vezes não ocorre na prática. No contexto do puerpério imediato, perante uma situação de reparo perineal, as orientações ofertadas por enfermeiras (os) e médicas (os) obstetras devem englobar não apenas os aspectos anatômicos, fisiológicos e emocionais, mas também a concepção que a mulher apresenta perante seu próprio corpo e o momento de fragilidade. Diante disso, essa pesquisa teve como





objetivo analisar as orientações recebidas no pós-parto quanto ao cuidado do períneo após reparo de lacerações, a partir da compreensão das puérperas (ALMEIDA; SILVA, 2008; FRANCISQUINI *et al.*, 2011).

## ■ MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo descritivo exploratório. O cenário do estudo foi um Hospital Maternidade do município do Rio de Janeiro, no setor Centro de Parto Normal e Alojamento Conjunto. Pertencente a rede municipal, a maternidade é referência em humanização, com cerca de 30 mil partos realizados desde a sua inauguração. Sendo apenas 28% partos cesáreos, porcentagem menor do que a média do país, de acordo com Ministério da Saúde. A média de partos realizados por mês é de 495, com cerca de 590 internações obstétricas. A maternidade também está incluída no programa Cegonha Carioca (RIO DE JANEIRO, 2018).

As participantes do estudo foram mulheres que tiveram parto por via vaginal e sofreram laceração espontânea em períneo do tipo de 1º e/ou 2º grau, necessitando de reparo na região e que estavam internadas no setor de alojamento conjunto na maternidade até 24 horas após o parto. Para a coleta dos dados, inicialmente foi realizado um levantamento no setor CPN (centro de parto normal) dos partos via vaginal que tiveram a ocorrência de lacerações de 1º e 2º grau em períneo e necessitaram de sutura. Posteriormente, já em alojamento conjunto, as puérperas que se encaixaram no perfil foram abordadas sobre a pesquisa, sendo-lhes esclarecidos os objetivos do estudo e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as participantes foram entrevistadas por meio de um roteiro de entrevistas dividido em duas partes, sendo a primeira composta por dados sociodemográficos para caracterização das participantes e segunda parte com perguntas relacionadas às orientações que essas mulheres receberam ainda em sala de parto sobre os cuidados necessários com a região perineal após sutura. Todas as entrevistas foram gravadas por meio de um aparelho digital.

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo, tendo como referência as concepções de Bardin. Esse método de análise de conteúdo permite o pesquisador compreender a perspectiva que o indivíduo apresenta sob a própria realidade e consiste em três etapas: 1) Pré-análise: fase de organização; 2) Exploração do material: codificação dos dados; 3) Tratamento dos resultados e interpretação, onde será feito a categorização e agrupamento dos elementos, de acordo com suas semelhanças e diferenças (BARDIN, 2011).

Foram respeitados os preceitos éticos que norteiam as pesquisas desenvolvidas com seres humanos, conforme a Resolução nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo





foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o parecer 3.776.151 e CAAE 26691119.8.0000.5238.

## ■ RESULTADOS

O estudo teve a participação de 19 puérperas, com faixa etária entre 14 e 40 anos. Com grau de escolaridade prevalente ensino médio incompleto. A maioria (52,63%) se declarou parda, 26,32% brancas e 21,05% pretas. Abordando a história gestacional dessas mulheres, 68,42% eram primíparas, 26,32% multíparas e apenas 5,26% secundípara. Em relação à assistência ao parto, 52,63% foram de responsabilidade da enfermagem obstétrica e 47,37% da equipe médica. A laceração perineal de maior ocorrência foi em região mediana de segundo grau, correspondendo 68,42%, seguida das lacerações em parede vaginal e parauretral, com 15,78%, em lábios 10,52% e em fúrcula 5,26%, sendo estas 84,21% necessitando de sutura e 10,53% sem sutura.

Após a análise das entrevistas surgiram três categorias, abordadas a seguir: “Compreensão das puérperas no momento de pós parto imediato”, “Cuidados de higiene em situações de reparo perineal” e “Autonomia da mulher e os cuidados com o períneo”.

## ■ COMPREENSÃO DAS PUÉRPERAS NO MOMENTO DE PÓS PARTO IMEDIATO

Questionadas se receberam algum tipo de orientação, perceberam-se algumas dificuldades enfrentadas pelas mulheres para compreender as orientações sobre os cuidados perineais fornecidas pelos profissionais ainda em sala de parto. A dor foi a maior dificuldade citada por elas presente no pós parto imediato, que limitava o nível de compreensão e, apesar das informações serem passadas, não eram assimiladas.

Vou ser sincera, eu tava com muita dor, mas a médica ou enfermeira tava falando comigo tudo direitinho, mas sério mesmo, eu não tava prestando muita atenção. (P8)

Não que eu lembre, porque eu já tava com muita dor, entendeu? Então assim, não lembro de muita coisa não. (P1)

Não prestei atenção, muita informação na hora, muita dor também, mas tem que ter higiene né, isso eu sei. Lavar com água. (P11)

Além da dor, houve relatos abordando o que significava aquele momento para elas, visto que a maioria considerava o nascimento da criança como o fim de todo o processo, desconsiderando as etapas seguintes e a atenção e preocupação eram voltadas para o filho recém nascido.

(...) Lembro do básico, porque na hora você fica aliviada que acabou, mas tentando entender tudo e parece que já acabou e você nem liga mais pra isso. Falaram comigo sobre lavar, cuidar, mas eu queria era mais saber do meu filho. (P18)

Orientaram sim, mas na hora o bebê precisou de mais atenção e era muita informação, fiquei atenta na pediatra e nas coisas que ela tava falando do meu bebê. (P11)

Fisiologicamente, o momento de pós parto imediato se torna um período bastante sensível para as mulheres, o corpo demonstra vulnerabilidade devido perda de sangue, muitas horas sem alimentação adequada, levando a confusão mental.

Essa parte eu não me recordo muito bem, tava meio que zozza por causa do parto, né? Muita coisa pra entender. (P7)

Eles me orientaram sim, lembro falando da água e do sabão, pra lavar, ter mais higiene nesse começo, muito importante. Falaram do absorvente, mas minha cabeça tava meio tonta na hora, fraca e confusa. Nem tava acreditando em tudo que tava acontecendo. Queria pegar meu filho e tava com fome também (risos). (P10)

## ■ CUIDADOS DE HIGIENE EM SITUAÇÕES DE REPARO PERINEAL

Quando indagadas sobre quais orientações receberam, observou que a maioria das puérperas recebeu diversas informações e dicas para cuidar do períneo, porém o que mais se lembravam, por ser mais fácil de guardar, era de lavar com água e sabão, simplificando e anulando assim todas as demais orientações fornecidas.

Falaram várias coisas, lembro falando da água e do sabão, pra lavar, ter mais higiene nesse começo, muito importante (...) (P10)

A enfermeira falou pra lavar com água e sabão neutro, evitar papel até os pontos caírem. (P15)

É pra lavar com água e sabão, não precisa passar remédio, nada disso, essas coisas. (P16)

Apesar disso, a grande maioria das mulheres entrevistadas afirmou que as orientações foram suficientes, se mostraram satisfeitas e tinham a noção da importância da higiene como o principal cuidado com a laceração. Todos os profissionais envolvidos no processo informaram adequadamente sobre os cuidados que deveriam ser tomados para um bom processo de cicatrização, evitando-se complicações.

Foram satisfatórias sim, ela me ensinou a cuidar, como que lava, pra não usar o papel e sim o sabão neutro. Fazer banho de assento também. (P14)

Falaram direitinho sim, não faltou nada não. Falaram muito sobre ter higiene, né. A importância de cuidar direitinho. (P6)

Foi suficiente sim, precisa cuidar e lavar pra não deixar infeccionar. (P19)

## ■ AUTONOMIA DA MULHER E OS CUIDADOS COM O PERÍNEO

Questionadas se sentiam seguras para cuidarem sozinhas da higienização da região perineal lacerada, as mulheres que já haviam passado por um parto e laceração anteriormente, se mostraram mais capazes devido experiência prévia.

Me sinto segura, secar e lavar bastante, do outro foi assim. (P8)

Sinto segura porque eu já vivi isso antes, mas por isso só. (P9)

Me sinto, porque muita coisa no terceiro filho a gente já viveu né? (P17)

O receio e medo de cuidar sozinha em casa dos pontos também foi um fator evidenciado na pesquisa, às vezes por não entenderem o que fazer ou não terem a prática de domínio e conhecimento sobre o próprio corpo, o simples ato de levar a mão até a região parece ser um empecilho para elas.

Eu tenho um pouco de receio, por mim mesma, de cuidar sozinha, arrebentar ou algo assim. (P7)

Eu to com um pouquinho de medo (risos), nervoso, né? Colocar a mão e tal, não sei se pode. (P5)

Não me sinto segura não, na realidade eu tenho até que me informar melhor, no meu primeiro parto meus pontos arrebentaram, eu tinha nervoso de colocar a mão e limpar (...) Eu preciso de orientação pra não acontecer de novo. Tenho medo. (P4)

Mais ou menos, não sei tudo não, mas vou cuidar, só tenho medo de colocar a mão (risos). (P11)

## ■ DISCUSSÃO

A dor foi citada pelas mulheres como o principal fator que dificultava a compreensão das orientações fornecidas pelos profissionais. Segundo a Internacional Association for the Study of Pain, a dor pode ser definida como uma experiência sensorial, emotiva e subjetiva. Na assistência obstétrica, os profissionais focam a atenção na dor no momento do trabalho de parto, buscando aliviar o desconforto da mulher e na dor pós cesariana, esquecendo-se constantemente da dor perineal durante sua prática (LOWE, 2002; PITANGUI *et al.*, 2009).

O puerpério é um período de vulnerabilidade, por questões físicas e emocionais, mesmo assim se torna um período onde a mulher recebe menos atenção na assistência e de seus familiares, uma vez que toda atenção neste período é voltada para o recém-nascido. Nesse momento espera-se que a puérpera esteja atenta, pronta para lidar e exercer as funções de cuidar de si e do recém nascido, entretanto, deve-se considerar que essa fase é delicada, sensível e difícil para a mulher, ressaltando quão desgastante é o parto e os procedimentos associados a ele, como as intervenções na região perineal, seria equivocado da parte



do profissional orientar a mulher com a intenção de que toda a informação seja absorvida de forma adequada e/ou completa. Perante tantas informações fornecidas, as mulheres absorveram a informação de forma mais simplificada, que era lavar com água e sabão e tinham a noção de como a higiene é fundamental para uma boa recuperação em pós parto (PITANGUI *et al.*, 2009).

No contexto do puerpério imediato, perante uma situação de reparo perineal, as orientações ofertadas por enfermeiras (os) e médicas (os) obstetras devem englobar não apenas os aspectos anatômicos, fisiológicos e emocionais, mas também a concepção que a mulher apresenta perante seu próprio corpo e o momento de fragilidade. Mesmo orientada, algumas mulheres apresentaram limitação em lidar com o próprio corpo, tocar na parte lacerada, conseqüentemente, cuidar e higienizar corretamente a região. Percebe-se também, que as mulheres que vivenciam a experiência de parto e laceração perineal pela primeira vez, são mais inseguras em relação ao cuidar posteriormente do próprio períneo.

O medo e o receio em se tocar são evidenciados em algumas falas. Michel Foucault cita que corpo terá diferentes valores, dependendo de quem olha e do lugar em que se encontra e, muitas vezes, o sujeito se resume em um observador privilegiado do próprio corpo. Situação comum principalmente no campo da medicina, onde as interpretações fundadas em saberes científicos da equipe de saúde são consideradas melhores que as interpretações do próprio sujeito, afirmando que o paciente não sabe o que o seu próprio corpo está sentindo. Assim o sujeito se vê “obrigado” a adequar o comportamento do seu corpo aquelas normas estabelecidas, mesmo contra a sua vontade ou sem entender o que está acontecendo (FOUCAULT, 1981).

É preciso refletir sobre autonomia do corpo feminino e a visão do corpo da mulher para além da reprodução. O parto e puerpério devem ser vistos como uma construção social e, portanto, deve-se mostrar para a mulher que ela é capaz de parir e olhar para seu corpo com propriedade, não perdendo a sua autonomia, seja no parto, durante ele ou depois. Com maior relevância, para o período de pós-parto imediato onde a mulher que sofreu algum tipo de laceração em períneo será exposta a sutura, necessitando, posteriormente, de orientações que promovam o autocuidado na área lesionada. Diante disso, encontra-se a carta de direitos dos usuários de saúde, de 2006, que garante ao usuário um atendimento que respeite seus direitos, buscando preservação da cidadania durante qualquer procedimento e cabe a ele consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, depois das informações fornecidas (TORNQUIST, 2002).

Segundo Paulo Freire em sua obra *A pedagogia do oprimido*, o educador não apenas educa, mas aprende junto com o educando em todo o processo, é uma troca de saberes que promove autonomia. Essa concepção dialógica de Freire se encaixa no processo de





educação em saúde, uma vez que toda prática de educação em saúde requer do profissional de saúde, uma análise crítica da sua atuação e essa prática problematizadora promove o diálogo entre profissionais e usuários, a autonomia cidadã, qualidade de vida, além de ser fundamental no processo de construção do SUS (FERNANDES; BACKES, 2010).

Uma das estratégias para mudança no modelo assistencial ao parto, nascimento e puerpério, é a inserção da enfermagem obstétrica no cenário de prática. A atuação dessa classe no sistema de saúde contribui para uma melhoria na assistência, garantindo um atendimento mais humanizado e seguro baseado em evidências científicas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A maioria dos partos da pesquisa foi assistido por enfermeiras obstétricas da maternidade, logo, grande parte dos profissionais em sala de parto que ofereceram as orientações adequadas com ênfase da autonomia e segurança das mulheres era da enfermagem. Ressaltando a importância desse profissional como propagador da educação em saúde.

Espera-se que com este estudo as orientações fornecidas em pós-parto para as puérperas que sofreram alguma laceração em períneo e tiveram a necessidade de reparo sejam mais efetivas, de forma a contribuir ainda mais para uma assistência de qualidade, expandindo a visão do profissional que presta atendimento ao parto e puerpério, levando em consideração as limitações individuais envolvidas no momento de pós parto imediato.

## ■ CONCLUSÃO

A assistência prestada às mulheres no período de parto e puerpério deve ser individualizada e elaborada levando em consideração todo o contexto em que a mulher está inserida. A humanização do cuidado está em dar visibilidade às necessidades das mulheres, que por vezes são subestimadas, pela família e profissionais. A dor perineal e o puerpério por ser um momento de grande vulnerabilidade, são os grandes fatores que impedem as mulheres em desenvolver a devida atenção nas orientações que são dadas no momento de reparação perineal. Faz-se imprescindível criar estratégias educativas que auxiliam a autonomia da mulher em cuidar do períneo.

Ao fim dessa pesquisa, elaborou-se um folder com a intenção de facilitar o acesso e reforçar as orientações de higiene e cuidados com o períneo fornecidas ainda em sala de parto, visto que as informações transmitidas apenas através das falas dos profissionais se perdiam conforme as mulheres vivenciavam o puerpério. O folder em domínio do profissional será distribuído a todas as mulheres que passaram por reparo perineal.





## ■ REFERÊNCIAS

1. FRANCISQUINI, A. R. et al. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 4, p. 743-751, 2 jul. 2011.
2. PESSÔA, I. N. et al. Percepção de puérperas sobre assistência de enfermagem na gravidez. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, n. 2, p. 236-241, 11 set. 2009.
3. OLIVEIRA, D. L. Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula. Porto Alegre: **Ed. da UFRGS**.367-86. 2005.
4. CENTA, M. L; OBERHOFER, P. R; CHAMMAS, J. Puérpera vivenciando a consulta de retorno e as orientações recebidas sobre o puerpério. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, [S.l.], jun. 2002. ISSN 1517-6533.
5. LIMA-LARA, A. C; FERNANDES, R. A. Q. Quality of life in the mediate puerperium: a quantitative study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, n.1. 2010.
6. FRANCISCO, A. A. et al. Associação entre trauma perineal e dor em primíparas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. esp., p. 40-45, 2014.
7. CAROCI, A. S. et al. Localização das lacerações perineais no parto normal em mulheres primíparas. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 22, n. 3, p. 402-408, nov. 2014. ISSN 0104-3552.
8. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. OMS. 1996.
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao parto Normal**. Brasília DF. 2017.
11. SMITH L, A. et al. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. **BMC pregnancy and childbirth**. v. 13, n. 1, p. 1-9, 2013.
12. BICK, D. E. et al. How good are we at implementing evidence to support the management of birth related perineal trauma? A UK wide survey of midwifery practice. **BMC Pregnancy and Childbirth**. v. 12, n. 1, p. 1-10, 2012.
13. KETTLE, C; DOWSWELL, T; ISMAIL, K. M. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. n. 11, 2012.
14. FRANCISCO, A. A. et al. Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 24, n.1, p. 94-100, 2011.
15. CHANG, S. R. et al. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: a prospective follow-up study. **International journal of nursing studies**. v. 48, n. 4, p. 409-418, 2011.
16. STRAPASSON, M. R; NEDEL, M. N. B. Puerperio inmediato: desvendando el significado de la maternidad. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 31, n. 3, p. 521-528, 2010.



17. ALMEIDA, M. S; SILVA, I. A. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 42, n. 2, p. 347-354, 2008.
18. RIO DE JANEIRO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. 2018. Disponível em: <http://prefeitura.rio/web/guest/exibeconteudo?id=7959805>. Acesso: 02/08/2019.
19. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 7a Edição. São Paulo. 2011.
20. LOWE, K. N. The nature of labor pain. **Am J Obstet Gynecol**. v. 186, p. 16-24, 2002.
21. PITANGUI, A. C. R. et al. Mensuração e características da dor perineal em primíparas submetidas à episiotomia. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.22, n.1, p.77-82, 2009.
22. FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**. São Paulo: Martins Fontes, 1981.
23. TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**. v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002.
24. FERNANDES, M. C. P; BACKES, V. M. S; Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 63, n. 4, p.567-573, 2010.
25. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.



# Assistência de enfermagem à gestante com idade materna avançada: relato de experiência

| **Lídia Rocha de Oliveira**  
UNILAB

| **Aline de Oliveira de Freitas**  
UNILAB

| **José Erivelton de Souza Maciel Ferreira**  
UNILAB

| **Aline Pereira do Nascimento Silva**  
UNILAB

| **Alanna Elcher Elias Pereira**  
UNILAB

| **Maria Gildellyana Maia de Moura**  
UNILAB

| **Thais Nogueira Silva**  
ESTÁCIO

| **Manuela da Silva Moreira**  
UFC

| **Karoline Galvão Pereira Paiva**  
UNILAB

| **Maria Eduarda Rocha Lima**  
ESTÁCIO

# RESUMO

**Objetivo:** O presente estudo tem por objetivo apresentar a Sistematização da Assistência de Enfermagem realizada para uma paciente gestante com idade avançada, utilizando-se as taxonomias de Enfermagem NANDA, NIC, NOC. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo qualitativo, acerca da assistência de enfermagem construída para uma paciente gestante, acompanhada durante o atendimento pré-natal em uma Unidade de Atendimento Primário à Saúde. **Resultados:** A coleta de dados foi realizada através da consulta de enfermagem. Elencaram-se diagnósticos de enfermagem prioritários: Sobrepeso; Risco de binômio mãe-feto perturbado e Motilidade gastrintestinal alterada. A partir disso, foram traçadas as intervenções de enfermagem prioritárias e as metas gerais de saúde, com base na taxonomia dos resultados de enfermagem. **Considerações finais:** Ressalta-se a importância da utilização do processo de enfermagem na atenção ao paciente, por proporcionar um cuidado em enfermagem mais direcionado e qualificado. Bem como, que a sua apropriação durante o processo de formação discente contribui positivamente no amadurecimento dos graduandos de enfermagem, causando impactos importantes em sua vivência acadêmica e profissional.

**Palavras-chave:** Sistematização da Assistência de Enfermagem, Atenção Primária à Saúde, Gestante de Risco.

## ■ INTRODUÇÃO

A taxa de natalidade diminuiu nos últimos anos. Em contrapartida, as gestações em mulheres com a idade avançada (gestações tardias) têm aumentado. Dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) revelam que no ano de 2000, do total de nascidos vivos, 8,6% eram provenientes de gestações tardias, já no ano de 2014, esse número se eleva para 12,2% (BRASIL, 2017). O Ministério da Saúde considera fator de risco gestacional preexistente a idade materna maior que 35 anos, o que exige atenção especial durante a realização do pré-natal (BRASIL, 2010; BRASIL, 2017).

A gestação tardia tem sido atribuída ao fato da mulher nos últimos tempos ter procurado investir mais em sua formação acadêmica e na carreira profissional, deixando dessa forma a maternidade para depois. Além disso, isso se deve também a maior disponibilidade de métodos contraceptivos, os avanços na tecnologia da reprodução assistida e avanços na atenção à saúde (ABREU, 2014; ALDRIGHI, 2016).

Em contrapartida a esses avanços, isso também trouxe consequências, tanto para a mãe como também para o feto, visto que a senilidade ovariana e as doenças crônicas pré-existent, aumentam com o decorrer da idade. Logo, estas mulheres estão mais sujeitas a hospitalizações e ainda terão chance aumentada para abortamento espontâneo, onde 40 a 60% desses fetos terão alterações cromossômicas, como por exemplo a Síndrome de Down (BEZERRA, 2015).

Frente a isso, sabe-se que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma importante ferramenta para orientar o cuidado ao paciente, sendo conceituado como um método que possibilita a organização do cuidado quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem (PE), nos diversos níveis de atenção à saúde (COFEN, 2009).

Dessa forma, como instrumento metodológico da SAE, insere-se o processo de enfermagem o qual é formado por cinco etapas, inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação de enfermagem e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009). Salienta-se que a utilização deste é de grande relevância para que o cuidado ao paciente ocorra de forma mais direcionada.

Nesse cenário, o processo de enfermagem pode ser utilizado durante o atendimento de pré-natal a gestante na Atenção Primária à Saúde, pois este possibilita a identificação de diagnósticos de enfermagem de forma mais assertiva, propiciando assim, um plano de cuidados em tempo oportuno para que se possa contribuir satisfatoriamente para a promoção e manutenção da saúde da gestante e do feto, visto que são um público sensível e que necessitam de atenção especial no contexto dos serviços de saúde.





Sabendo disso, este relato objetiva apresentar o caso clínico de uma paciente gestante com idade materna avançada acompanhada durante o pré-natal em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e destacar o PE traçado mediante a SAE.

## ■ RELATO DE EXPERIÊNCIA E DISCUSSÃO

Esse estudo é caracterizado como descritivo e qualitativo, no qual será apresentado o relato de uma experiência da aplicação da sistematização da assistência de enfermagem para uma gestante com idade materna avançada (39 anos), a qual realizava acompanhamento de pré-natal em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, localizada no estado do Ceará, Brasil.

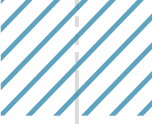
O relato foi desenvolvido durante o período de estágio supervisionado de uma disciplina do curso de Bacharelado em Enfermagem de uma universidade do estado do Ceará. Participaram da sua construção: acadêmicos, tutores e profissionais de enfermagem que atuavam no serviço. Para a revisão final deste trabalho, também foram convidados a participar outros acadêmicos e profissionais da área da saúde.

A coleta de dados para a elaboração do plano de cuidados da paciente foi realizada através da consulta de enfermagem, composta por entrevista, exame físico e consulta ao prontuário da paciente. Já para a elaboração do plano assistencial propriamente dito, foram realizadas consultas às taxonomias de enfermagem de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA Internacional); Intervenções de Enfermagem (NIC) e Resultados de Enfermagem (NOC) (BULECHEK *et al*, 2010; HERDMAN; KAMITSURU, 2018; MOORHEAD, 2016).

Vale destacar que foi realizada a apresentação dos acadêmicos para a paciente, sendo solicitada sua contribuição para o estudo. Assim, foi informado sobre o objetivo da coleta de dados e questionado se ela permitiria essa coleta. Após o aceite, procedeu-se à coleta de dados de enfermagem e demais etapas propostas pelo PE.

Ademais, segue um breve relato do caso da paciente, coletado na primeira etapa do processo de enfermagem: paciente do sexo feminino, 39 anos, casada, mãe de 1, gesta 2, nega abortos prévios (P1G2A0). Sua primeira gravidez foi em 2007 com 28 anos, a qual ocorreu sem intercorrências, realizando parto cesáreo. Atualmente encontra-se com 10 semanas de gestação e na ficha de acompanhamento perinatal, consta que a gravidez foi planejada. A data provável do parto está para o dia 02 de janeiro de 2020. Com relação ao histórico de doenças, relata as vezes ter crises asmáticas. Algo preocupante encontrado no portfólio da paciente foi que em 2015 compareceu ao posto para realizar exame ginecológico, no qual foi constatada uma pequena lesão acetobranca, porém no documento não informa o desfecho e se a paciente foi tratada corretamente. Não realizou ainda nenhum teste rápido (VDRL, HIV, Hepatite B), nem os outros exames geralmente realizados no primeiro trimestre. A paciente compareceu à Unidade no dia 24 de abril de 2019 para tomar a





vacina contra influenza e no ano passado completou os esquemas da vacina antitetânica e da hepatite B. Realizou uma ultrassonografia no dia 19 de maio, na qual os batimentos cardíacos foram 124 bpm e a idade gestacional compatível com 6 semanas e quatro dias. No dia 6 de junho de 2019 veio à unidade para a primeira consulta de pré-natal, relatou vômitos e náuseas. Foi prescrito ácido fólico e realizado o pedido dos exames laboratoriais do primeiro trimestre, bem como procedeu-se à realização dos testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis. Na referida consulta, a paciente apresentou: peso: 62 kg, altura: 1,48 m, IMC: 28,3 kg/m<sup>2</sup>, PA: 100x70 mmHg.

A partir do caso clínico apresentado, nota-se que apesar da gestante possuir idade avançada, ela não apresentava maiores alterações clínicas, sendo mais perceptível somente um índice de sobrepeso de importância clínica (IMC: 28,3 kg/m<sup>2</sup>). Porém, destaca-se a necessidade do acompanhamento contínuo na APS e também hospitalar, pois devido a idade >35 anos da paciente, o seu pré-natal é caracterizado como de alto risco (BRASIL, 2012). Porém, por ser a primeira consulta na APS a gestante ainda não havia sido orientada quanto a necessidade desse acompanhamento nos dois serviços, sendo comunicada a partir de então.

A seguir é apresentado no Quadro 1 a medicação que a paciente fazia uso, bem como sua função.

**Quadro 1.** Medicamentos prescritos para uma paciente gestante. Acarape-CE, 2019.

| Medicamento      | Função*                                                                                                   |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ácido Fólico 5mg | Indicado como suplemento nutricional contra anemia e preventivo de malformações no sistema nervoso fetal. |

\* Conforme a ANVISA, 2021.

Fonte: autoria própria (2019).

Destaca-se que a realização de suplementação com o ácido fólico durante a gestação é de extrema relevância para que o feto se desenvolva de forma saudável. Assim, ele atua principalmente na produção e manutenção celular, maturação e formação de glóbulos vermelhos e brancos na medula óssea. Sua ausência associa-se ao aumento de defeitos do tubo neural (DTN) no feto e à anemia megaloblástica na mãe. Dessa forma, com a suplementação de ácido fólico no início da gravidez é possível reduzir até 75% o risco de o bebê nascer com DTN (LIMA *et al*, 2009).

Somado a isso, o Ministério da Saúde recomenda que a suplementação vitamínica com ácido fólico deve ser iniciada para a mulher em idade fértil, dois meses antes de engravidar e nos dois primeiros meses da gestação (BRASIL, 2012). Embora neste caso relatado a gestante ainda não realizava o uso do ácido fólico já com 10 semanas de idade gestacional, o que pode ter sido ocasionado devido falta de informações ou outros fatores pessoais.

A seguir, no Quadro 2, são apresentados os principais Diagnósticos de Enfermagem identificados com base em uma análise crítica obtida através do caso clínico da paciente.





Assim, após a identificação desses diagnósticos utilizando-se a classificação taxonômica internacional NANDA-I foi traçado o plano de cuidados da paciente.

**Quadro 2.** Diagnósticos de Enfermagem de uma paciente gestante com idade avançada. Acarape-CE, 2019.

| Diagnóstico de enfermagem            | Fatores relacionados                                                                          | Características definidoras                             |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Sobrepeso                            | Dieta inadequada ou média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo | Índice de massa corporal (IMC) > 25 kg/m <sup>2</sup> . |
| Risco de binômio mãe-feto perturbado | Idade materna avançada                                                                        | -                                                       |
| Motilidade gastrointestinal alterada | hábitos alimentares                                                                           | Náusea e vômito                                         |

Fonte: Autoria própria (2019).

Observa-se no Quadro 2, os diagnósticos de enfermagem prioritários, os quais foram elencados com base no caso clínico da paciente. A partir desses diagnósticos de enfermagem da paciente, foi elaborado um plano de cuidados de enfermagem a partir da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), conforme apresentado no Quadro 3.

**Quadro 3.** Intervenções de enfermagem propostas com base nos Diagnósticos de Enfermagem identificados. Acarape-CE, 2019.

| Diagnóstico de enfermagem                                                                                                                                                                   | Intervenção de enfermagem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sobrepeso relacionado à dieta inadequada ou média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo evidenciado por índice de massa corporal (IMC) > 25 kg/m <sup>2</sup> | Realizar atividades educativas sobre promoção da saúde, nutrição e hábitos de estilo de vida saudáveis;<br>Encorajar a ingestão calórica adequada ao tipo de corpo e estilo de vida;<br>Encorajar maior ingestão de proteínas, ferro e vitaminas, conforme apropriado;<br>Facilitar a identificação dos comportamentos alimentares a serem modificados;<br>Discutir sobre o conhecimento do paciente a respeito dos quatro grupos alimentares básicos, bem como as percepções da necessidade de modificação de sua alimentação;<br>Encorajar a paciente a realizar exercícios leves por enquanto, e após a gravidez continuar a realizá-los em uma frequência de pelo menos 3 vezes por semana, divididos em no mínimo 30 minutos a cada dia;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Risco de binômio mãe-feto perturbado relacionado a idade materna avançada                                                                                                                   | Revisar o histórico obstétrico;<br>Determinar risco (s) materno-fetal com a entrevista a cliente;<br>Explicar à mãe a importância do cuidado pré-natal regular durante a gravidez;<br>Monitorar os sinais vitais maternos;<br>Monitorar o comportamento da gestante e da sua pessoa de apoio;<br>Monitorar a ocorrência de sinais de trabalho de parto prematuro (p. ex., <quatro contrações por hora, dor nas costas, câibras, aparecimento e pressão pélvica a partir de 20 a 37 semanas de gestação), conforme apropriado;<br>Perguntar a mãe sobre a qualidade dos movimentos fetais ( 2º trimestre);<br>Monitorar aparecimento de sinais de hipertensão induzida pela gravidez (p. ex., hipertensão, dor de cabeça, visão embaçada, náusea, vômito, alterações visuais, hiperreflexia, edema e proteinúria), conforme apropriado.<br>Facilitar a aquisição de exames laboratoriais, interpretá-los e explicar os resultados a paciente;<br>Monitorar o estado nutricional, conforme apropriado;<br>Monitorar o padrão de sono;<br>Obter o histórico de infecções sexualmente transmissíveis e frequência de relações sexuais;<br>Realizar as manobras de Leopold;<br>Fazer ultrassom para determinar a apresentação fetal ou a posição da placenta, conforme apropriado;<br>Oferecer apoio emocional à gestante e esclarecer todas as dúvidas sobre sua gestação. |



| Diagnóstico de enfermagem                                                                                             | Intervenção de enfermagem                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Motilidade gastrointestinal alterada possivelmente relacionada a hábitos alimentares evidenciada por náusea e vômito. | Identificar os fatores que alteram a motilidade gastrointestinal;<br>Identificar os fatores que possam causar a náusea e o vômito e procurar modificá-los;<br>Obter histórico alimentar como as preferências alimentares, pessoais e culturais;<br>Assegurar que drogas antieméticas eficientes sejam dadas para prevenir o vômito, quando possível, conforme apropriado para a paciente;<br>Orientar sobre evitar alimentos com cheiro forte, muito gordurosos e refeições muito fartas que possam estar contribuindo para a alteração da motilidade intestinal;<br>Preferir refeições curtas, em um menor espaço de tempo, com alimentos mais leves;<br>Orientar a pessoa de apoio da gestante a oferecer conforto (como pano molhado na testa, esponja passada no rosto ou roupas limpas e secas) durante o episódio do vômito;<br>Retornar o quanto antes ao serviço de saúde caso esses sinais e sintomas persistam. |

Fonte: autoria própria (2019).

Após o planejamento das intervenções de enfermagem (Quadro 3), também foram estabelecidas através Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), as metas que a paciente alcançaria a partir da implementação das intervenções prescritas. Sendo estas: a paciente apresenta maior cuidado com a sua nutrição e hábitos de estilo de vida; realiza a ingestão de alimentos adequada para seu corpo; apresenta conhecimento suficiente sobre os 4 grupos alimentares básicos e expressa desejo de melhorar sua dieta diária; realiza atividades físicas leves em sua residência, conforme apropriado para a sua condição clínica atual; comparece às consultas de pré-natal regularmente, acompanhada de sua pessoa de apoio; os sinais vitais continuam estáveis e o ganho de peso adequado para sua condição clínica; os padrões de eliminação e sono se mantêm adequados; a gestante não apresenta sinais clínicos de infecção urinária; realizou todos os exames laboratoriais pedido no primeiro trimestre; realizou os testes rápidos; realizou US, conforme solicitado; evita alimentos e situações que possam precipitar náuseas e vômitos; faz refeições mais leves e pequenas, conforme apropriado; faz uso de antieméticos, quando é necessário; manter uma pessoa de apoio ao seu lado, caso precise de ajuda em algum episódio de êmese.

Após a implementação das intervenções de enfermagem planejou-se realizar a avaliação de enfermagem, a qual consiste em um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem (COFEN, 2009). Porém, a paciente não compareceu à consulta posterior, no dia que os acadêmicos estavam em estágio, portanto não foi possível realizar essa etapa.

Mas destaca-se que todas as orientações programadas nas Intervenções de Enfermagem, com base na taxonomia NIC, foram realizadas durante a primeira consulta de enfermagem em que a gestante compareceu à unidade de saúde. Durante a consulta a paciente demonstrou desejo de melhorar suas condições de saúde, em virtude de ter uma gestação livre de complicações e um bebê saudável.

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

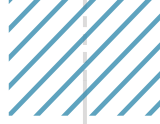
Diante do relato apresentado, nota-se que a implementação da SAE, através da utilização do processo de enfermagem se faz de grande relevância para o cuidado ao paciente, especialmente no contexto da gestação de alto risco, por possibilitar um cuidado mais direcionado e metodológico.

Destaca-se também que a utilização da SAE durante o processo de formação discente contribui positivamente no amadurecimento dos graduandos de enfermagem, causando impactos importantes em sua vivência acadêmica.

Assim, reforça-se que estudos futuros também possam trazer a implementação da SAE por meio do processo de enfermagem nos demais níveis de atenção, seja na APS, secundária ou terciária. Pois, é importante que os acadêmicos e profissionais de enfermagem possam se apropriar dessas tecnologias do cuidado em enfermagem que são tão relevantes para proporcionar uma atenção à saúde de forma segura e eficaz para o paciente.

## ■ REFERÊNCIAS

1. ABREU, Juscélio Clemente et al. Gravidez em idades avançadas: um estudo de caso no município de três pontas-MG. **Revista de Ciências**, v. 5, n. 3, 2014.
2. ALDRIGHI, Juliane Dias et al. As experiências das mulheres na gestação em idade materna avançada: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, p. 512-521, 2016.
3. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Bulário Eletrônico**. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/index.asp](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp). Acesso em 7 de agosto de 2020.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº 32. In: **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf) Acesso em: 25 maio 2021.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Sistemas de Nascidos vivos**. Brasília, DF. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em 20 de julho de 2019.
7. BEZERRA, Ana Caroline Lira et al. Desafios enfrentados por mulheres primigestas em idade avançada. **Rev. bras. ciênc. saúde**, v. 19, n. 2, p. 163-168, 2015.
8. BULECHEK, Gloria M. et al. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.



9. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e outras providências. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem; 2009. Disponível em: >[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html). Acesso em 01 de maio de 2020.
10. HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. **Porto Alegre: Artmed**, 2018.
11. LIMA, Marcelo Marques de Souza et al. Ácido fólico na prevenção de gravidez acometida por morbidade fetal: aspectos atuais. **Femina**, 2009.





---

# Câncer de colo de útero e sua correlação ao papilomavírus humano: uma revisão literária

| **Luis Rueda Dorte Júnior**  
UNOESTE

| **Lidia Braz Fernandes**  
UNOESTE

| **Maria Luisa Lopes**  
UNOESTE

| **Elis Marina Turini Claro**  
UNOESTE

# RESUMO

**Introdução:** O papilomavírus humano (HPV) infecta o tecido epitelial de regiões anatômicas específicas estando associados ao surgimento de lesões epidermóides de alto grau e ao desenvolvimento de câncer cervical, além de outros cânceres anogenitais como, por exemplo, carcinomas anais, vulvares e de pênis. **Objetivo:** Verificar a relação entre a infecção do HPV com o aparecimento do câncer do colo do útero, suas manifestações clínicas, critérios diagnósticos, prevenção e tratamento. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa realizada no mês de julho a agosto de 2021, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed, *National Center for Biotechnology Information* (NCBI), Scielo e na base Periódicos CAPES. Os Palavras-chave em ciências da saúde foram: “HPV”; “Papilomavírus”; “câncer de colo de útero”; “colpocitologia”. Desta busca foram encontrados 51 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção. **Resultados:** A infecção por genótipos de alto risco oncogênico do HPV é o maior fator de risco para o desenvolvimento de lesões malignas no colo uterino. Apesar disso, a maior parte das infecções por HPV é inconstante e seu desenvolvimento está relacionado ao DNA viral. As células têm potencial para admitir alterações citopatológicas dos mais variados tipos, desde a lesão intraepitelial de baixo grau (LIEBG), até a lesão intraepitelial de alto grau (LIEAG) evoluindo então para o câncer cervical. **Conclusão:** É fundamental a realização de exames preventivos e a vacinação, principalmente por ser uma patologia de evolução lenta, sem manifestação clínica no seu início e, principalmente por se tratar de uma infecção de transmissão sexual.

**Palavras-chave:** HPV, Câncer de Colo de Útero, Papilomavírus, Câncer Cervical, Lesão.

## ■ INTRODUÇÃO

O papilomavírus humano (HPV) pertence à família Papillomaviridae, infectam o tecido epitelial de regiões anatômicas específicas onde replicam como plasmídeos (DNA extracromossomais) e causam lesões conhecidas como verrugas, papilomas ou condilomas. Atualmente, mais de 200 tipos diferentes de HPV foram identificados e mais de 160 tipos foram completamente caracterizados (BURK *et al.*, 2013).

A infecção por estes vírus está associada ao surgimento de lesões epidermóides de alto grau e ao desenvolvimento de câncer cervical, além de outros cânceres anogenitais como, por exemplo, carcinomas anais, vulvares e de pênis (TRABULSI *et al.*, 2015).

A transmissão do HPV acontece por contato direto com a pele infectada e dos HPVs genitais, por meio das relações sexuais, podendo gerar lesões na vagina, no colo do útero, no pênis e ânus. Também existem evidências que demonstram a presença rara dos vírus na pele, na laringe (cordas vocais) e no esôfago (SIMÕES; ZANUSSO JUNIOR, 2019).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2021), o câncer do colo do útero, também chamado de câncer cervical, é causado pela infecção persistente por alguns tipos do HPV (chamados de tipos oncogênicos). A infecção genital por esse vírus é muito frequente e na maioria das vezes não causa doença. Em alguns casos, podem ocorrer alterações celulares que são capazes de evoluir para o câncer. Essas alterações são descobertas facilmente no exame preventivo (conhecido também como Papanicolau), e são curáveis na quase totalidade dos casos. Por isso, é importante a realização periódica do exame preventivo.

A alta incidência mundial do HPV torna-o um problema de saúde pública. A projeção de novos casos de câncer de colo do útero evoluídos de lesões HPV é de, aproximadamente, 16.340 mulheres em todo o mundo. Em comparação, o câncer de canal anal apresenta-se irrelevante. É primordial que seja feito o exame de Papanicolau para um rastreio e prevenção do câncer de colo do útero, entretanto pode ser de difícil acesso para uma parcela da população, além de possuírem pouco conhecimento sobre os riscos e complicações da doença. No Brasil, o câncer cervical ocupa o terceiro lugar em incidência nas mulheres, ficando atrás apenas do câncer de mama e colorretal, atingindo a marca de quarta maior causa de óbito entre a população feminina (INCA, 2016). Isso se deve ao fato da deficiência de políticas públicas que exponham o real problema da infecção pelo HPV e seus diferentes genótipos virais (LIMA, 2011).

Nesse contexto, o objetivo desse estudo é verificar a relação entre a infecção do HPV com o aparecimento do câncer do colo do útero, explanando os principais tipos de papilomavírus causadores de câncer, suas manifestações clínicas, critérios diagnósticos, prevenção e tratamento.



## ■ DESENVOLVIMENTO

Trata-se de uma revisão integrativa realizada no mês de agosto de 2021, por meio de pesquisas nas bases de dados: PubMed, *National Center for Biotechnology Information* (NCBI), Scielo, UpToDate e na base Periódicos CAPES. Os descritores em ciências da saúde (DeCS) foram: HPV; Papilomavírus; câncer de colo de útero; Papilomavírus Humano; colpocitologia. Desta busca foram encontrados 51 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês e português; na qual abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após a análise e leitura minuciosa para a coleta de dados dos mesmos, restaram 20 artigos. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: especificações do vírus, fisiopatologia, manifestações clínicas, critérios diagnósticos, prevenção e tratamento. Ademais, foram utilizadas *guidelines* pré-estabelecidas para embasamento teórico, bem como periódicos de Ginecologia e Obstetrícia, base de dados do INCA e Organização Mundial da Saúde (OMS).

## ■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

O HPV vem sendo descrito e estudado desde a Grécia antiga, sendo isolado e identificado como agente etiológico de verrugas e lesões papilomatosas primeiro em animais e a posterior em humanos, devido a tal observação, estudos mais aprofundados chegaram a conclusão de que o mesmo apresentava potencial para se tornar uma lesão maligna ao seu portador. Na década de 70, Zur Hausen propôs como hipótese que os HPVs tinham influência na etiologia dos cânceres de colo uterino. Na década seguinte várias pesquisas avançaram identificando os HPV 16 e 18, corroborando a hipótese de Hausen e desde então vários estudos foram publicados e confirmaram que a infecção por HPV é um precursor da neoplasia cervical e do colo uterino (LETO *et al.*, 2011).

O HPV é envelopado, de simetria icosaédrica e pequena dimensão (50 - 55 n), pertencentes à família Papillomaviridae – gênero *Papillomavirus*, apresentando dupla fita de DNA circular em seu genoma. Ainda que pequenos, é considerado um dos vírus sexualmente transmissíveis mais prevalentes em todo o mundo, além de apresentarem complexa biologia molecular que expressa oito estruturas para leitura aberta (*Open Reading Frame* - ORF), responsáveis por proteínas que são divididas de acordo com o estágio do vírus, estágio inicial (E1, E2, E4-E7) e estágio tardio (L1 e L2) (LETO *et al.*, 2011). Como o nome remete,





as proteínas iniciais são as primeiras a serem expressas nas células hospedeiras após a infecção do vírus, e está interligada a possível mutação das mesmas. Já as tardias contribuem para a infecção com a disseminação do vírus e sua capacidade de virulência devido a presença de capsídeo, liberando partículas virais dentro das células, o DNA localiza-se agregado a proteínas semelhantes a histonas envoltas por 72 capsômeros constituídos por duas proteínas estruturais, L1 e L2 (SHAH *et al.*, 2016; ALMEIDA *et al.*, 2019).

O início da infecção por HPV se dá pela penetração do vírus no epitélio cervical por meio de micro escoriações, em sequência, as proteínas E1 e E2 são expressas regulando a replicação no interior da célula, possibilitando o desencadeamento de outras proteínas também do estágio inicial. A partir disso, as oncoproteínas E5, E6 e E7 entram em ação, auxiliando na proliferação e sobrevivência celular. Tal mecanismo carcinogênico é estreitamente relacionado à capacidade do HPV em apresentar as oncoproteínas E6 e E7 que são reconhecidas por alterar a regulação celular por meio das vias de sinalização de reparo celular e apoptose (ALMEIDA *et al.*, 2019).

O câncer de colo de útero apresenta várias etiologias, com destaque a estrita relação com a presença do HPV, dado que o seu material genético está presente em mais de 99% dos casos estudados. Ademais, o HPV se relaciona também com neoplasias vulvares, anais, penianas e de cabeça e pescoço. Dentre os diversos tipos de vírus, estão os já citados 16 e 18 com alto fator oncogênico, constantemente associado ao câncer, e os tipos HPV-6 e HPV-11 correlacionados a condilomas acuminado e papilomatose juvenil recorrente. O HPV é classificado em dois grupos segundo seu potencial oncogênico: tipos 6, 11, 40, 42, 43, 54, 61, 70, 72, 81 CP6 e 108 com baixa capacidade de mutação maligna evoluindo com condilomas e lesões de baixo grau; tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 56, 58, 59, 68, 73 e 82 são tidos como de alto risco de mutação (RODRIGUES *et al.*, 2021). A infecção pelo HPV pode ser por um ou múltiplos genótipos simultaneamente, o que pode ocasionar a persistência da infecção viral e progressão da lesão (LIMA JUNIOR *et al.*, 2011).

Efetivamente, de acordo com Carvalho *et al.* (2019), a infecção por HPV é uma condição necessária no desenvolvimento de câncer do colo do útero, no entanto, isso não é o bastante para que se desenvolva uma neoplasia. Assim sendo, embora constante, a infecção por HPV dispõe de uma particularidade transitória, visto que, predomina uma regressão espontânea, com o sistema imunológico do indivíduo sendo eficaz.

A maior parte das infecções por HPV é inconstante e seu desenvolvimento está relacionado com afincamento ao DNA viral. As células têm potencial para admitir alterações citopatológicas dos mais variados tipos, desde a lesão intraepitelial de baixo grau (LIEBG), até a lesão intraepitelial de alto grau (LIEAG) evoluindo então para o câncer cervical. Há também, o viés de que o início se dá pela LIEAG, resultando em câncer. Evidências apontam que a lesão





intraepitelial é uma doença dinâmica, apresentando em alguns casos retrocesso voluntário ou estagnação de um estado por longo período e em outros progredindo para um câncer invasor. O genótipo viral, a carga, a variação molecular e outros vieses interpessoais do sistema imunológico do hospedeiro influenciam na continuidade e progresso da infecção, causando alterações epiteliais na cérvix com conversão maligna (MENDONÇA *et al.*, 2010).

Vale ressaltar que mulheres que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) apresentam um risco aumentado para o desenvolvimento do câncer cervical associado ao HPV, visto que possuem maior propensão para a infecção do HPV e menor capacidade de combate a mesma por apresentarem um sistema imune deficiente. Portanto, são pacientes com maior risco, propensão e pior prognóstico se comparados a mulheres sem HIV (STELZLE *et al.*, 2021).

Outros fatores que influenciam o desenvolvimento da infecção pelo HPV é a associação com ISTs, comportamento sexual de risco, desnutrição, tabagismo, multiparidade e a ausência de rastreio citopatológico (BRUNO *et al.*, 2014).

### **Fisiopatologia**

O câncer cervical acomete as células que revestem o colo do útero, atingindo com maior frequência as células da zona de transformação, que é a parte do colo do útero onde as células glandulares da endocérvice encontram as células escamosas da exocérvice. Cerca de 70% dos cânceres cervicais são do tipo de células escamosas e quase 25% são do tipo adenocarcinoma, na qual se desenvolve a partir de células glandulares. Pode ocorrer o acometimento de outros tipos de cânceres cervicais, porém são extremamente raros (STUMBAR; STEVENS; FELD, 2019).

A OMS reconhece três categorias de tumores epiteliais do colo do útero: escamosos, glandulares (adenocarcinoma) e outros tumores epiteliais, incluindo carcinoma adenoescamoso, tumores neuroendócrinos e carcinoma indiferenciado. Os carcinomas de células escamosas causam cerca de 70% – 80% dos cânceres cervicais e os adenocarcinomas aproximadamente 20% – 25% (MARTH *et al.*, 2018).

### **Manifestações clínicas**

O câncer cervical, também conhecido como câncer de colo do útero, é um tumor que evolui no fundo do canal vaginal. Apresenta-se como o terceiro câncer mais frequente entre as mulheres, sendo o quarto maior motivo de morte por câncer na população feminina. É uma neoplasia que pode ser identificada através de exames de rotina, como o Papanicolaou (RODRIGUES *et al.*, 2021).







Nos estágios iniciais podemos encontrar, manchas de sangue ou sangramento leve entre os ciclos menstruais em pacientes em idade reprodutiva, sangramento após relação sexual, aumento do corrimento vaginal com ou sem odor. Ao avançar do estadiamento, aparecem dores nas costas, pernas ou pélvis, perda de peso, perda de apetite e fadiga, corrimento com mau odor, desconforto vaginal e inchaço nos membros inferiores (OPAS, 2021).

Uma possível manifestação é o aparecimento de verrugas anogenitais (VA), comumente causadas pelos tipos 6 e 11 do HPV não oncogênicos, assim como verrugas conjuntivas, nasais, orais e laríngeas. Ademais, os HPVs 16, 18, 31, 33 e 35 podem também ocasionalmente serem identificados em verrugas e estarem associados a lesões intraepiteliais escamosas de alto grau. Habitualmente as VA são assintomáticas, todavia, conforme o tamanho e localização anatômica podem ser dolorosas ou pruriginosas. Normalmente são tumores papulares, achatados ou pedunculados na mucosa genital, assim como ao redor do canal vaginal, sob o pênis e seu corpo, no epitélio anogenital ou geniturinário (CDC, 2021).

## **Diagnóstico**

A metodologia primária de rastreio do HPV mais acessível e mais comum, tanto economicamente quanto socialmente, é a colpocitologia oncótica cervical, também chamada de esfregaço cervicovaginal (MARTH *et al.*, 2018), exame citológico proposto por Papanicolau (1941) que tem por objetivo detectar precocemente alterações pré-malignas na mucosa do colo do útero, geralmente provocadas pelo vírus HPV (PERKINS *et al.*, 2020). Esse exame deve ser oferecido às mulheres ou qualquer pessoa com colo do útero, que já tiveram atividade sexual e que se encontram na faixa etária de 25 a 64 anos (INCA, 2016). As condutas deverão ser realizadas pelos resultados dos exames citopatológicos.

Existem outras formas de diagnósticos que, guiadas pelo laudo citopatológico, podem auxiliar mais precisamente na conduta a ser adotada para cada estágio de 4 progressão da infecção. A colposcopia, biópsia do colo do útero, captura híbrida, anoscopia, anoscopia de alta resolução (AAR), são exames complementares que ajudam a demonstrar a extensão das lesões e identificar a presença do HPV (INCA, 2016).

No momento em que o resultado do Papanicolau apresenta anormalidades, pode-se classificar em: células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásica (ASC-US) ou não podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H); células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC); células atípicas de origem indefinida (AOI); lesão de baixo grau (LSIL); lesão de alto grau (HSIL); lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão; carcinoma escamoso invasor; adenocarcinoma *in situ* (AIS) ou invasor (INCA, 2016).





A conduta diante do apresentado, deve ser: para casos de HSIL, lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão, carcinoma escamoso invasor, AIS ou invasor - encaminha-se para colposcopia independente de faixa etária; LSIL pacientes < 25 anos - repetir citologia em 3 anos, e, > 25 anos - repetir em 6 meses; AGC e AOI possivelmente não neoplásicas ou não podendo afastar lesão de alto grau, independente de faixa etária - encaminhar para colposcopia; ASC-US < 25 anos - repetir citologia em 3 anos, entre 25 e 29 anos - repetir em 12 meses, > 30 anos - repetir em 6 meses; ASC-H independente de faixa etária - encaminha-se para colposcopia (INCA, 2016).

Recentemente o teste de HPV foi introduzido como uma ferramenta de triagem, pois o ácido desoxirribonucleico (DNA) do HPV está presente em grande parte dos cânceres cervicais. Com uma citologia cervical anormal ou um teste de HPV de alto risco positivo deve-se indicar colposcopia e biópsia ou procedimentos excisionais, como excisão eletrocirúrgica em alça e conização. O câncer cervical precoce na maioria das vezes é assintomático, no entanto a doença localmente avançada gera sintomas, podendo ter sangramento vaginal anormal, corrimento, dor pélvica, e dispareunia (MARTH *et al.*, 2018).

As verrugas anogenitais, são geralmente diagnosticadas por inspeção visual com confirmação através de biópsia, quando indicada, se as lesões se apresentarem de forma atípica (CDC, 2021).

## **Prevenção**

Um caminho para a prevenção do câncer de colo de útero, provocado pela infecção do HPV, é o uso de preservativos nas relações sexuais, masculino ou feminino, apesar de não proteger totalmente contra o vírus HPV. Além disso, o Governo Federal adota campanhas para rastreamento precoce das lesões pré-malignas do colo uterino. O Ministério da Saúde recomenda a realização de exames citopatológicos cervicais, como o Papanicolau, regularmente, com a finalidade de detectar manifestações e alterações causadas pelo HPV. Embora ambos os métodos estejam disponíveis na saúde pública brasileira, cada vez mais mulheres estão sendo diagnosticadas com esse tipo de câncer, confirmando sua alta incidência no país (CARVALHO *et al.*, 2019). O exame preventivo feito anualmente em mulheres entre 25 e 64 anos que têm ou tiveram atividade sexual pode prevenir até 100% dos casos de câncer do colo do útero.

Outra estratégia de saúde pública é a vacinação contra o HPV para prevenir o câncer cervical, reduzindo o número de infecções por HPV na população. Em conjunto com o rastreamento, a vacinação é uma ferramenta de grande valor para diminuir substancialmente a quantidade de pessoas acometidas por câncer cervical em todo o mundo. A vacina é





altamente eficaz contra os principais precursores de câncer vulvar, vaginal e anal nas mulheres, trazendo uma ampla proteção contra o câncer (SANJOSE *et al.*, 2010).

Atualmente são encontrados três tipos de vacinas contra o HPV, que são indicadas na prevenção de infecções. Trata-se de uma vacina bivalente (Cervarix™) voltada para HPV dos tipos 16 e 18 aprovada em 2007, uma vacina quadrivalente (Gardasil™) voltada para HPV 6, 11, 16 e 18, que causam verrugas genitais. E por fim, uma vacina de HPV 9-valente (Gardasil 9™) visando os nove tipos de HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58, que foram encontrados em 85% dos cânceres cervicais em todo o mundo (SANKARANARAYANAN *et al.*, 2018).

No Brasil, o Ministério da Saúde disponibiliza a vacina quadrivalente para meninas de 9 a 13 anos, gratuitamente, no esquema de três doses e para meninas e mulheres HIV-positivo entre 9 e 26 anos, com o esquema de três doses. As vacinas tetravalente e bivalente liberadas no país estão disponíveis nas clínicas privadas de vacinação. Ambas as vacinas foram originalmente licenciadas utilizando esquema de três doses. Com base em estudos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o esquema de duas doses da vacina tetravalente para meninas de 9 a 13 anos e, a vacina bivalente para meninas de 9 a 14 anos. Além disso, o Brasil disponibiliza as vacinas também para os meninos na faixa etária entre 11 e 14 anos (FARIA *et al.*, 2021).

Portanto, atualmente a prevenção primária do câncer cervical ocorre por meio da imunização com vacinas de HPV altamente eficazes e a prevenção secundária ganhou ímpeto com o advento de testes de DNA de HPV sensíveis para melhorar os programas tradicionais de triagem de citologia como o exame Papanicolau (MARKOWITZ *et al.*, 2016).

## **Tratamento**

Cada caso deve ser analisado e orientado na sua individualidade, sempre por um médico capacitado. No âmbito de tratamentos invasivos está a cirurgia oncológica que pode ser associada a radioterapia ou quimioterapia nos casos em que haja indicações. A análise para tomada de decisão do tratamento a ser seguido tem por base o estadiamento, evolução, tamanho das lesões, além de fatores pessoais como a intenção de ter filhos e a idade da paciente. Quando provada a presença de lesão precursora, o tratamento pode se dar a nível ambulatorial ou por eletrocirurgia (INCA, 2021).

O tratamento apresentado em diretrizes americanas para as verrugas é a sua remoção, por resultar em significativo sofrimento psicossocial, quando retirada ameniza as preocupações estéticas e dolorosas quando existem, apresenta-se resolutivo para a maioria dos pacientes. Se não forem tratadas, podem apresentar regressão espontânea, permanecerem inalteradas ou evoluírem em tamanho e ou número. É válido enfatizar que a remoção





pode reduzir, mas não obrigatoriamente erradicar a infecção do HPV no organismo humano (CDC, 2021).

O tratamento em caso de recorrência da doença depende dos tratamentos anteriores do paciente e da extensão da doença recorrente. Na recorrência localizada, a histerectomia é novamente uma opção e pode incluir exenteração, um procedimento cirúrgico que retira os órgãos reprodutivos femininos, o trato urinário inferior e parte do retossigmóide. Ainda que a exenteração tenha uma porcentagem de cura de 50%, ela também carrega uma taxa de mortalidade de 3% a 5% e metade dos pacientes apresenta complicações graves (STUMBAR; STEVENS; FELD, 2019).

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabendo que o HPV é o principal causador de câncer do colo do útero, pelas alterações causadas no tecido epitelial, principalmente pelos genótipos virais 16 e 18, compreende-se que é fundamental a realização de exames preventivos e a vacinação, principalmente por ser uma patologia de evolução lenta, sem manifestação clínica no seu início e, principalmente por se tratar de uma infecção de transmissão sexual.

No entanto, no Brasil há uma ausência na procura pela realização de exames preventivos por parte das mulheres, fazendo-se necessário maior visibilidade e incentivo de campanhas de conscientização pública e interna, em postos de atendimento de saúde da mulher.

Ademais, o fato da vacina ser um recurso recente na história da medicina, apenas uma pequena parcela da população foi vacinada até o momento, tendo em vista que a mesma pode ser aplicada dentro de determinada faixa etária, além do que, as vacinas existentes abrangem um número reduzido de genótipos virais do HPV. Isto exposto nos leva a refletir que os efeitos da imunização só se apresentarão dentro de alguns anos em todo o mundo, quando as meninas e meninos que receberam a vacina estiverem em idade para o diagnóstico das lesões.

A falta de procura por exames preventivos, como o Papanicolau, em conjunto com o fato de a vacinação ser mais efetiva em indivíduos que ainda não iniciaram atividades sexuais, em um país com políticas públicas ineficazes, causa desvantagem no combate ao HPV, e, por consequência, na batalha contra o câncer do colo do útero.



## ■ REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, A. M.; QUEIROZ, J. A.; SOUSA, F.; SOUSA, A. Cervical cancer and HPV infection: ongoing therapeutic research to counteract the action of E6 and E7 oncoproteins. **Drug Discovery Today**, v. 24, n. 10, p. 2044-57, 2019.
2. BRUNO, A.; SERRAVALLE, K.; TRAVASSOS, A. G.; LIMA, B. G. C. Genotype distribution of human papillomavirus in women from the state of Bahia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 9, 2014.
3. BURK, R. D.; HARARI, A.; CHEN, Z. Human papillomavirus genome variants. **Virology**, v. 445, n. 1-2, p. 232-43, 2013.
4. CARVALHO, K. F.; COSTA, L. M. O.; FRANÇA, R. F. A relação entre HPV e câncer de colo de útero: um panorama a partir da produção bibliográfica da área. **Revista Saúde em Foco**, n. 11, p. 264-78, 2019.
5. CDC. Center for disease control and Prevention. **Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines**. USA, 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/anogenital-warts.htm>. Acesso em: 18 ago. 2021.
6. FARIA, A. J. V.; BARROSO, A. C. F.; LACERDA, A. P. S.; MENDES, B. M. C.; PARTATA, C. E.; ARAÚJO, C. L.; SANTOS, F. C.; FREITAS, M. E. M. A.; MOREIRA, M. V. A.; CABRAL, A. C. G. HPV: a importância da vacinação para redução do surgimento de lesões pré-malignas do câncer de colo uterino. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, p. 1-7, 2021.
7. INCA - Instituto Nacional do Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoute-ro\\_2016\\_corrigido.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoute-ro_2016_corrigido.pdf). Acesso em: 24 ago. 2021.
8. INCA. **Câncer de colo de útero**. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero>. Acesso em: 16 ago. 2021.
9. LIMA JÚNIOR, S. F.; FERNANDES, M. C. M.; HERÁCLIO, S. A.; SOUZA, P. R. E.; MAIA, M. M. D. Prevalence of human papillomavirus genotypes: comparison between three detection methods in patients of Pernambuco, Brazil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, vol. 33, n. 10, p. 315-320, 2011.
10. LETO, M. G. P.; SANTOS JÚNIOR, G. F.; PORRO, A. M.; TOMIMORI, J. Infecção pelo papillomavírus humano: etiopatogenia, biologia molecular e manifestações clínicas. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, v. 86, n. 2, p. 306-17, 2011.
11. MARKOWITZ, L. E.; LUI, G.; HIRIRI, S.; STEINAU, M.; DUNNE, E. F.; UNGER, E. R. Prevalence of HPV After Introduction of the Vaccination Program in the United States. **Pediatrics**, v. 137, n. 3, p. 1-11, 2016.
12. MARTH, C.; LANDONI, F.; MAHNER, S.; MCCORMICK, M.; GONZALEZ-MARTIN, A.; COLOMBO, N. Cervical cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. **Annals of Oncology**, v. 29, n. 4, p. iv72-iv83, 2018.



13. MENDONÇA, V. G.; GUIMARÃES, M. J. B.; LIMA FILHO, J. L.; MENDONÇA, C. G.; MARTINS, D. B. G.; CROVELLA, S.; ALENCAR, C. A. Infecção cervical por papilomavírus humano: genotipagem viral e fatores de risco para lesão intraepitelial de alto grau e câncer de colo do útero. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 32, n. 10, p. 476-85, 2010.
14. OPAS. **HPV e câncer do colo do útero**. Brasília. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/hpv-e-cancer-do-colo-do-utero>. Acesso em: 17 ago. 2021.
15. PERKINS, R. B.; GUIFO, R. S.; CASTLE, P. E.; CHELMOW, D.; EINSTEIN, M. H.; GARCIA, F.; HUH, W. H.; KIM, J. J.; MOSCICKI, A.; NAYAR, R.; SARAIYA, M.; SAWAYA, G. F.; WENTZENSEN, N.; SCHIFFMAN, M. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. **Journal of Lower Genital Tract Disease**, v. 24, n. 2, p. 102-131, 2020.
16. RODRIGUES, L. G.; SANTOS, K. B. M.; MARTINS, A. C. S. S.; FAGUNDES, B. L.; OLIVEIRA, V. C.; GOMES, M. C. A.; SOUSA, R. C. S. Câncer de colo uterino e a infecção pelo HPV: consequências da não adesão aos métodos de prevenção. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, p. 1-7, 2021.
17. SANJOSE, S. *et al.* Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. **The Lancet Oncology**, v. 11, p. 1048-56, 2010.
18. SANKARANARAYANAN, R. *et al.* Can a single dose of human papillomavirus (HPV) vaccine prevent cervical cancer? Early findings from an Indian Study. **Vaccine**, v. 36, p. 4783-91, 2018.
19. SHAH, S. S.; *et al.* Current Technologies and Recent Developments for Screening of HPV-Associated Cervical and Oropharyngeal Cancers. **Cancers**, v. 8, n. 9, p. 1-27. 2016.
20. SIMÕES, L. P.; ZANUSSO JUNIOR, G. Vírus HPV e o desenvolvimento de câncer de colo de útero - uma revisão bibliográfica. **Revista UNINGÁ**, Maringá, 2019, v. 56, n. 1, p. 98-107.
21. STELZLE, D. *et al.* Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. **The Lancet Global Health**, v. 9, p. 161-9, 2021.
22. STUMBAR, E. S.; STEVENS, M.; FELD, Z. Cervical Cancer and Its Precursors. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, v. 46, p. 117-34, 2019.
23. TRABULSI, L. R.; ALTERTHUM, F. **Microbiologia**. 6ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2015, cap. 89.





---

# Depressão perinatal: repercussão no desenvolvimento neuropsicológico de bebês

| **Amanda Graziele AguiarVideira**  
UNESA

| **Luciene de Fátima Rocinholi**  
UFRRJ

| **Wanderson Fernandes de Souza**  
UFRRJ

# RESUMO

Fatores biológicos, socioemocionais e culturais atuam na expressão de depressão perinatal (DPN), parecendo estar os países em desenvolvimento mais expostos a prevalência desta condição. Este estudo objetivou investigar os efeitos da DPN sobre o desenvolvimento neuropsicológico dos bebês nos dois primeiros anos. Participaram 50 díades mãe-bebê. As mães foram avaliadas através da Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh (EPDS) nos 3 trimestres da gestação e no pós parto. Os bebês foram divididos em: Grupo 1 - filhos de mães com sintomas de depressão e Grupo 2 - filhos de mães sem sintomas de depressão e avaliados através das Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil-III (BSID-III) aos 6 ou 12 ou 18 ou 24 meses. A depressão materna foi identificada pela EPDS em 38% das mulheres no primeiro e em 28% no terceiro trimestre de gestação, enquanto no puerpério acometeu 14% das mães. A depressão gestacional materna levou a atrasos no desenvolvimento cognitivo dos bebês aos 6 meses. No puerpério, a depressão causou atrasos no desenvolvimento da linguagem expressiva aos 6 meses e no desenvolvimento motor fino aos 12 meses. Este estudo evidencia que a depressão materna desde o primeiro trimestre da gestação ao puerpério constitui fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento da criança.

**Palavras-chave:** Saúde Mental Materna, Relacionamento mãe-Bebê, Desenvolvimento Infantil.

## ■ INTRODUÇÃO

A depressão é um dos mais graves transtornos de humor, caracterizada por sintomas como diminuição do interesse e do prazer nas atividades cotidianas, humor deprimido, redução ou aumento do apetite, insônia ou hipersonia, perda de energia, sentimentos de inutilidade, diminuição na capacidade de concentração e ideação suicida. Esse transtorno surge associado a diversos fatores ligados a situações estressoras e a fortes mudanças na condição de vida (DSM-V, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2009), afirma que 73 milhões de mulheres no mundo sofrem um quadro de transtorno depressivo, e estima que aproximadamente 13% dessas mulheres sejam afetadas por transtornos mentais após o parto, incluindo a depressão.

A depressão perinatal (DPN) em todo o mundo varia de acordo com os fatores de riscos biológicos, socioemocionais e culturais, sendo que a prevalência de depressão parece variar com o grau de desenvolvimento do país (LIMA, TSUNECHIRO, BONADIO, & MURATA, 2017). Nos EUA, um estudo sobre depressão em 1.888 gestantes indicou que 9,9% delas apresentavam os sintomas depressivos (MELVILLE, GAVIN, GUO, FAN, & KATON, 2010), na China, dentre 292 gestantes, 28,5 % apresentaram depressão na gravidez (ZENG, CUI & LI, 2015), enquanto na Austrália, dentre 69 mulheres avaliadas no pós-parto 19% apresentaram sintomas depressivos (PITEO, YELLAND, & MARKIDES, 2012).

No Brasil, um estudo realizado em uma cidade da região Sul, com uma amostra de 1.264 gestantes mostrou que 21,1% delas apresentaram episódio depressivo durante a gestação (SILVA *et al.*, 2010). Já na região sudeste, no interior de São Paulo, do total de 261 puérperas, 28% apresentaram depressão pós-parto (FONSECA, SILVA, & OTTA, 2010) e no Estado do Rio de Janeiro dentre 100 gestantes 18% tiveram depressão na gravidez (THIENGO, PEREIRA, SANTOS, CAVALCANTI, & LOVOSI, 2012).

Esses estudos alertam para o fato de que a DPN no Brasil passou a ser um problema de saúde pública, revelando que a díade mãe-bebê precisa receber maior atenção através de políticas públicas eficazes que visem prevenir e identificar tal transtorno. Ademais, evidenciam a importância de oferecer maior suporte social e acompanhamento adequado às gestantes para evitar os desfechos negativos da DPN para a mãe e o bebê (SILVA *et al.*, 2010; FONSECA, SILVA, & OTTA, 2010).

Nos períodos gestacional e puerperal, fatores como dificuldades financeiras, baixa escolaridade, gestação na adolescência, antecedentes psiquiátricos, falta de suporte social e história de violência doméstica podem influenciar diretamente o surgimento da depressão, estabelecendo ainda a sua intensidade (ALMEIDA, NUNES, CAMEY, PINHEIRO, & SCHIMIDT, 2012). As alterações mais evidentes causadas pela depressão pós-parto relatadas em gestantes são: mudanças na percepção de qualidade de vida referente à saúde,



diminuição nas práticas de saúde, complicações na gestação e fator de risco para pré-eclâmpsia e trabalho de parto antes do tempo (FONSECA, SILVA & OTTA, 2010). Já para os bebês, os efeitos relatados da DPN na mãe referem-se ao baixo peso e menor idade gestacional ao nascer e ao crescimento infantil diminuído (THIENGO, PEREIRA, SANTOS, CAVALCANTI, & LOVOSI, 2012).

O transtorno depressivo pode ser identificado através de diferentes instrumentos (BAPTISTA, 2018), entretanto, para avaliar as alterações emocionais e os sintomas cognitivos da depressão no período posterior ao parto foi desenvolvida a Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh (EPDS) (COX, HOLDEN & SAGOVSKY, 1987). Além de considerar-se a sua confiabilidade e validade metodológica no pós-parto (PITEO, YELLAND, & MARKIDES, 2012), a EPDS também é utilizada no período gestacional (PEARLSTEIN, 2015), sendo adequada, portanto, sua utilização em todo período perinatal.

Sabe-se que os primeiros anos de vida, em especial os três iniciais, são decisivos para o desenvolvimento de habilidades cognitivas, de linguagem, sensoriais, motoras e socioemocionais em crianças (NEWMAN, ROWE & RATNER, 2016), sendo de suma importância que estas sejam bem assistidas por seus cuidadores para assegurar-lhes um desenvolvimento sadio. A interação mãe-criança parece apresentar-se prejudicada pela DPN (KLIEMANN, BOING, & CREPALDI, 2017), pois há relatos de que mães com depressão pós-parto (DPP) estimulam pouco seus filhos e possuem afeto apático, sendo a linguagem e a motricidade fina as áreas mais afetadas (RIBEIRO *et al.*, 2014).

Outras pesquisas mostraram que a presença de depressão materna gestacional e puerperal leva a atrasos na linguagem em crianças de 12 meses de idade (QUEVEDO *et al.*, 2011), bem como a depressão puerperal prejudica o desenvolvimento motor fino das crianças com menos de 24 meses (GALBALLY, LEWIS & BUIST, 2011) e exerce impacto oferecendo riscos ao desenvolvimento da linguagem de bebês até os 18 meses, ao desenvolvimento cognitivo aos 6 e 12 meses, ao motor grosso aos 12 meses e ainda ao motor fino aos 12 e 18 meses (ALI, MAHMUD, KHAN, & ALI, 2013).

Contudo, a depressão materna somente nos primeiros seis meses após o parto não parece ser suficiente para causar prejuízo no desenvolvimento de bebês e crianças pequenas. Piteo, Yelland, e Markides (2012), ao investigarem a correlação entre mães depressivas durante este período e o desenvolvimento dos seus filhos, não verificaram prejuízos dessas crianças aos 18 meses de idade e atribuíram o resultado ao curto período de tempo em que as mães foram acometidas pela DPP.

Diante da reconhecida gravidade de prevalência de DPN, muitos estudos têm reunido esforços para identificar fatores de proteção social que diminuam o impacto dos fatores de risco de depressão em mulheres, e consequentemente os prejuízos para as crianças e suas





famílias (MANENTE & RODRIGUES, 2016; SCHWARTZ, VIEIRA & GEIB, 2011). Estes estudos têm identificado que o apoio social, fornecido pela família, amigos e vizinhos, promove proteção para a saúde mental materna (PRATES *et al.*, 2015; IRURITA-BALLESTEROS, FALCÃO, ROCINHOLI e LANDEIRA-FERNANDEZ, 2019) e favorece também a integridade física e psicológica das crianças (DE SOUZA & BAPTISTA, 2017), trazendo a cena a importância dos contextos e das interações sociais.

O modelo bioecológico de Bronfenbrenner (2011) reúne aspectos importantes que permitem compreender a influência dos contextos para o desenvolvimento humano. Tem como premissa que o desenvolvimento humano é um produto da acomodação progressiva entre o ser humano em desenvolvimento e seu meio ambiente ou contexto mutante. O desenvolvimento humano é compreendido como um fenômeno que envolve continuidade e mudanças numa articulação entre a pessoa (ou grupo familiar em desenvolvimento), o processo (interpretações feitas pelas pessoas ao longo da vida), o tempo (heranças culturais da sociedade e das famílias, as rotinas e expectativas) e o contexto (meio ambiente ecológico nos quais as pessoas se desenvolvem). Neste modelo, os contextos são interpostos, como círculos dentro de círculos, e formam: o microssistema (onde ocorrem relações de proximidade: famílias, creches e escolas), o mesossistema (há aumento da complexidade das relações - interconexões entre famílias, creches e escolas), o exossistema (constituem contextos que influenciam o desenvolvimento de modo distanciado: sistema educativo, por exemplo), macrossistema (formado pelo contexto cultural, valores e crenças e padrões globais) (BRONFENBRENNER, 2011).

Para possibilitar uma compreensão rigorosa acerca do desenvolvimento infantil e averiguar se ele está ocorrendo de modo típico é necessário utilizar recursos e técnicas de avaliação disponíveis. A utilização desses recursos também possibilita correlacionar o desenvolvimento infantil com diferentes aspectos biológicos e ambientais que podem atuar como fatores influentes no desenvolvimento esperado. Diversos instrumentos podem ser utilizados para avaliar o desenvolvimento infantil global e em domínios específicos na primeira infância, como o *Peabody Developmental Motor Scale* (1-72 meses); o Teste de Gesell e Amatruda (1-36 meses); Teste de Triagem Sobre o Desenvolvimento de Milani-Comparetti (0-24 meses); a Escala de Avaliação do Desenvolvimento Psicomotor (0-24 meses); Teste de Triagem de Desenvolvimento Denver II (0 a 72 meses), e a Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil (16 dias-42 m) (SILVA *et al.*, 2011).

Entretanto, o instrumento mais utilizado nos estudos que correlacionam a depressão na gestação e no pós-parto com o desenvolvimento infantil é a Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil III (PITEO, YELLAND, & MARKIDES, 2012; QUEVEDO *et al.*, 2011; GALBALLY, LEWIS, & BUIST, 2011). A Escala Bayley-III reúne cinco escalas que avaliam





os seguintes domínios do desenvolvimento: Cognitivo, Linguagem, Motor, Socioemocional e Comportamento Adaptativo (BAYLEY, 2006). Os itens que compõem os domínios Cognitivo, Linguagem e Motor são administrados diretamente à criança, sendo os demais, questionários direcionados aos pais e ao examinador.

Ao reconhecer a importância da interação mãe-criança de qualidade em promover o desenvolvimento adequado do bebê nos primeiros anos de vida, e considerar a prevalência de depressão perinatal (DPN) em todo o mundo e suas consequências na interação mãe-criança, o objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos da depressão materna perinatal sobre o desenvolvimento dos bebês durante os dois primeiros anos de vida através das escalas Bayley-III.

## ■ MÉTODOS

Este estudo constitui-se como parte de uma pesquisa matriz, cujo objetivo foi investigar o efeito de alterações na saúde mental materna em marcadores inflamatórios e hormonais, durante a gestação, no peso ao nascer, crescimento físico, composição corporal e desenvolvimento neuropsicológico nos dois primeiros anos de vida.

### **Delineamento Experimental**

Esta pesquisa foi dividida em duas fases. A *Fase 1* trata-se de um estudo prospectivo que acompanhou o estado de saúde mental materna durante a gestação e no puerpério. As gestantes foram acompanhadas no Centro Municipal de Saúde Heitor Beltrão (HB) localizado na cidade do Rio de Janeiro, de novembro de 2009 a outubro de 2011. Os critérios de elegibilidade para esta fase foram: (a) a mulher estar da 5<sup>a</sup>-13<sup>a</sup> semana de gestação, no momento do recrutamento; (b) ter entre 20-40 anos de idade; (c) ser livre de qualquer doença crônica, como hipertensão e diabetes (exceto obesidade); (d) residir na área de estudo; e (e) ter a intenção de manter o pré-natal no HB. Convidou-se o total de 322 mães para participarem do estudo, mas somente 299 aceitaram o convite. No entanto, houve 82 perdas justificadas pelos seguintes motivos: desistência em participar do estudo, retirada do termo de consentimento, mudança de residência para fora da área de estudo, faltas às entrevistas, abandono e transferência espontânea do pré-natal para outro centro. Além dessas perdas, foram excluídos 89 casos por motivos de doença parasitária, gravidez avançada, gestação gemelar, doenças infecciosas (HIV, sífilis ou toxoplasmose) e aborto; totalizando uma amostra final de 128 gestantes.

A *Fase 2* refere-se a um estudo transversal no qual foram avaliados os filhos das gestantes da fase 1 do estudo de junho de 2012 a dezembro de 2014. Os critérios de elegibilidade







foram os seguintes: a) participação das mães na Fase 1, b) a mãe ter sido avaliada pela escala EPDS nos três pontos de seguimento durante a gestação e no pós-parto e respondido o roteiro de entrevista socioeconômico e; c) concordância da mãe em realizar a avaliação neuropsicológica da criança. Todas as mães que participaram da fase 1 foram convidadas para a fase 2, contudo, somente 50 díades mãe-criança concordaram em participar da fase 2.

## **Participantes**

A amostra total foi composta por 50 díades mãe-bebê, sendo 24 bebês do sexo feminino e 26 do sexo masculino submetidos a avaliação do desenvolvimento neuropsicológico.

## **Instrumentos**

### *Fase 1*

Escala da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) - de nível socioeconômico (ABEP, 2009): utilizada para coletar informações sobre a idade e a escolaridade da gestante.

Escala de Depressão Pós-parto de Edinburgh (EPDS): escala de auto registro usada para avaliar a depressão materna, desenvolvido por Cox, Holden e Sagovsky (1987), composta por 10 itens, com opções de pontuação de 0 à 3 pontos, de acordo com a presença e a intensidade do sintoma depressivo. O total de 12 pontos ou mais indica a probabilidade da ocorrência de depressão, sem apontar a sua gravidade. Neste estudo utilizou-se a versão validada no Brasil por Santos, Martins e Pasquali (2000), onde cada item é somado para obtenção da pontuação total. As pontuações totais acima dos pontos de corte foram consideradas indicativas da presença de sintomas de depressão materna.

### *Fase 2*

Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil (BSID-III) (BAYLEY, 2006): utilizada para avaliar o desenvolvimento de crianças entre 16 dias e 42 meses de idade. Esse instrumento desenvolvido nos Estados Unidos, atualmente encontra-se na sua terceira edição e compreende cinco escalas, sendo as três primeiras aplicadas diretamente a criança, e as duas últimas ao cuidador, que são: (i) Escala Cognitiva: avalia o desenvolvimento sensorio-motor, exploração e manipulação de objetos, formação de conceitos, memória e outros aspectos do processamento cognitivo; (ii) Escala de Linguagem: composta por itens de comunicação receptiva e expressiva, formando dois sub-testes distintos; (iii) Escala Motora: avalia habilidade motora grossa e motricidade fina, resultando em dois sub-testes;



(iv) Escala Socioemocional: identifica os principais marcos do desenvolvimento social e emocional; (v) Escala de Comportamento Adaptativo: que acessa habilidades funcionais do cotidiano da criança.

As Escalas Bayley-III dispõem ainda, de um Inventário de Observação Comportamental que permite avaliar a criança a partir das observações do examinador e do cuidador em situações de teste e não teste (BAYLEY, 2006). Neste estudo foram aplicadas somente as escalas cognitiva, motora e de linguagem (expressiva e receptiva) e utilizada a validação e adaptação transcultural realizada para a população brasileira (MADASCHI, MECCA, MACEDO, & PAULA, 2011).

## Procedimentos

### Fase 1

As gestantes entraram livremente na *coorte*, assinaram o 'Termo de Consentimento Livre e Esclarecido' e responderam o Roteiro de entrevista socioeconômico. O estudo foi composto por quatro ondas de avaliações através da EPDS realizadas entre 8<sup>a</sup>-13<sup>a</sup> (primeiro trimestre - T1), 24<sup>a</sup> (segundo trimestre - T2), 36<sup>a</sup> (terceiro trimestre - T3) semanas de gestação e no puerpério (entre 30 e 45 dias após o parto - P), para acompanhar o padrão de ocorrência da depressão neste período. A EPDS foi preenchida individualmente pelas gestantes, que tiveram a disposição um entrevistador treinado para esclarecer possíveis dúvidas.

De acordo com a pontuação obtida na EPDS em cada trimestre de gestação ou no puerpério as mulheres foram classificadas em dois grupos: Grupo 1 - Mulheres com indicativo de depressão ( $EPDS \geq 12$ ) e Grupo 2 - Mulheres sem indicativo de depressão ( $EPDS < 12$ ). Após completar as avaliações, todas as mulheres foram convidadas a participar da fase 2 do estudo, para a avaliação do Desenvolvimento neuropsicológico das crianças. Desta forma, as crianças foram integradas a segunda fase da pesquisa e designadas para os grupos 1 ou 2, de acordo com a classificação de suas mães.

### Fase 2

As crianças dos grupos 1 e 2 foram subdivididas em quatro faixas etárias e submetidas a avaliação única, individual, através das escalas cognitiva, motora e de linguagem (expressiva e receptiva) da BSID-III aos 6 (n=11); 12 (n=10); 18 (n=15) e 24 (n=14) meses de idade. Todas as avaliações foram realizadas na presença de um responsável pela criança, em sala silenciosa, iluminada, confortável e segura.





## Análise Estatística

Utilizou-se o teste de *Mann-Whitney* para comparar o escore de depressão das gestantes nos três trimestres de gestação e no puerpério, bem como os escores Cognitivo, Motor e de Linguagem obtidos pelas crianças na BSID-III. Posteriormente, para avaliar a correlação entre o escore de depressão das gestantes e o desenvolvimento cognitivo, motor e da linguagem das crianças em cada subgrupo etário (6, 12, 18 e 24 meses) utilizou-se o teste de *Spearman*. Todos os dados foram processados através do pacote estatístico SPSS-20 (*Statistical Package for the Social Sciences* – 20).

## ■ RESULTADOS

### Fase 1

Os dados socioeconômicos das 50 gestantes avaliadas revelaram que 74% delas estavam na faixa etária entre 20 e 29 anos, e 26% entre 30 e 40 anos. Quanto ao nível de escolaridade os dados mostraram que 30% das gestantes não concluíram o Ensino Fundamental enquanto 22 % concluíram esta etapa do ensino, e ainda que 44% completaram o Ensino Médio e 4% concluíram o Ensino Superior.

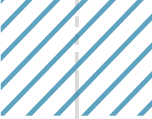
Quanto à incidência de DPN, os dados revelaram que 38% das mulheres apresentaram indicativo de depressão no primeiro, 20% no segundo, 28% no terceiro trimestre da gestação e 14% no puerpério. O teste de *Spearman* apontou uma correlação entre os escores de depressão destas mulheres nos três trimestres de gestação (T1, T2, T3) e no Puerpério ( $p<0,01$ ) revelando que aquelas que apresentaram maiores escores na EPDS no T1 continuaram apresentando os maiores valores nas avaliações nos demais trimestres.

### Fase 2

Aos seis meses de idade, os bebês do grupo 1 (filhos das mulheres com indicativo de depressão) apresentaram menores escores na escala cognitiva da BSID-III do que bebês do grupo 2 (filhos das mulheres sem indicativo de depressão), quando as gestantes apresentaram escores indicativos de sintomas depressivos na EPDS, no primeiro e no terceiro trimestres da gestação ( $p<0,01$ ).

Já aos 12 meses de idade, os bebês do grupo 1 apresentaram escores menores do que os do grupo 2 na escala motora fina da BSID-III quando as mães apresentaram escores indicativos de sintomas depressivos na EPDS somente no puerpério ( $p<0,01$ ). Nenhum efeito de correlação foi encontrado entre a presença de depressão da mãe nos três trimestres de gestação e o desenvolvimento neuropsicológico das crianças nesta idade (Tabela 1).





Nenhum efeito de depressão foi identificado no segundo trimestre (T2) e Puerpério (P) nas mães dos bebês avaliados aos seis meses de idade.

Adicionalmente, a análise não apontou correlações significativas entre os índices de depressão materna no T1, T2, T3 e P e o desenvolvimento cognitivo, da linguagem ou motor das crianças aos 18 e 24 meses de idade.

**Tabela 1.** Desenvolvimento neuropsicológico das crianças aos 6 e 12 meses de idade. Grupo 1 - filhos de mães com indicativo de depressão e Grupo 2 - Filhos de mães sem indicativo de depressão nos três trimestres de gestação - T1, T2 e T3 e no puerpério - P.

|                      |      | GRUPO 1  |          |          |           | GRUPO 2   |           |           |           |
|----------------------|------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                      |      | T1       | T2       | T3       | P         | T1        | T2        | T3        | P         |
| Escala Cognitiva     |      |          |          |          |           |           |           |           |           |
| Cognitiva            | 6 m  | 29,5±2,1 | -        | 30,0±1,7 | -         | 33,3±1,5* | 47,8±2,9  | 33,6±1,3* | 47,7±2,8  |
|                      | 12m  | 47,0±3,2 | 46,3±2,5 | 47,0±2,5 | 47,0±3,5  | 47,8±2,9  | 48,0±3,1  | 47,8±3,3  | 47,7±2,9  |
| Escala Linguagem     |      |          |          |          |           |           |           |           |           |
| Linguagem Receptiva  | 6m   | 9,5±0,7  | -        | 10,3±1,5 | -         | 11,2±1,7  | 11,1±1,6  | 11,1±1,8  | 10,9±1,7  |
|                      | 12 m | 16,7±1,7 | 16,5±3,5 | 16,6±2,5 | 15,0±1,7  | 14,4±3,6  | 15,1±3,2  | 14,8±3,4  | 15,6±3,7  |
| Linguagem Expressiva | 6m   | 6±5,6    | -        | 6,3±4,0  | -         | 9,3±2,5   | 9,4±2,4   | 9,6±2,5   | 8,7±3,1   |
|                      | 12 m | 18,0±4,0 | 17,0±4,2 | 15,3±4,1 | 15,0±3,6  | 14,6±3,9  | 15,8±4,4  | 16,5±4,4  | 16,6±4,5  |
| Soma Linguagem       | 6 m  | 14,0±8,5 | -        | 16,0±6,9 | -         | 19,8±4,7  | 19,8±4,4  | 19,8±5,1  | 18,7±5,5  |
|                      | 12m  | 22,8±3,5 | 22,5±6,4 | 21,3±3,9 | 19,3±1,5  | 17,2±6,2  | 18,9±5,8  | 18,8±6,3  | 19,8±7,1  |
| Escala Motora        |      |          |          |          |           |           |           |           |           |
| Motor Fino           | 6 m  | 22,5±2,1 | -        | 23,3±2,0 | -         | 23,0±1,9  | 23,1±1,8  | 22,75±1,9 | 22,9±1,8  |
|                      | 12 m | 30,5±2,6 | 31,5±3,5 | 30,6±2,8 | 28,6±0,57 | 29,8±0,4  | 29,7±0,95 | 29,8±0,98 | 30,8±1,6* |
| Motor Grosso         | 6 m  | 29,5±0,7 | -        | 29,6±0,5 | -         | 31,0±3,5  | 30,8±3,3  | 31,1±3,8  | 30,7±3,1  |
|                      | 12 m | 45,7±5,1 | 46,0±5,6 | 46,6±4,1 | 46,3±4,7  | 49,2±3,9  | 48,1±4,6  | 48,1±5,1  | 48,3±4,8  |
| Soma Motor           | 6 m  | 22,0±2,8 | -        | 23,0±2,6 | -         | 20,3±3,1  | 19,5±2,6  | 19,6±2,6  | 20,6±2,9  |
|                      | 12m  | 22,0±4,3 | 24,0±0,0 | 23,2±1,2 | 20,7±4,2  | 23,4±3,6  | 22,4±4,3  | 22,5±4,7  | 23,8±3,4  |

\* p<0,01. T2 e P - Não houve indicativo de depressão para as mães dos bebês aos 6 meses de idade.

## ■ DISCUSSÃO

A presença de depressão tanto no primeiro (38%) como no terceiro (28%) trimestres de gestação nas mulheres deste estudo amplia o conhecimento advindo de estudos anteriores que indicavam ser somente o terceiro trimestre, o período mais vulnerável para as gestantes apresentarem sintomas depressivos, tanto pelo aumento das expectativas com a proximidade do nascimento do bebê, quanto por associá-lo aos desconfortos físicos do final da gestação, que elevariam a incidência de sintomas depressivos (ALI, MAHMUD, KHAN, & ALI, 2013; ZENG, CUI, & LI, 2015). No entanto, a prevalência de depressão encontrada no primeiro trimestre gestacional pode indicar que nesta fase também ocorra o enfrentamento de fatores estressores de difícil manejo para a gestante, como reestruturar as condições





de vida para o cuidado do bebê, evidenciando que a saúde mental materna deve receber atenção desde o início da gestação.

A presença de sintomas depressivos nas mães em T1 e T3 levando a prejuízos no desenvolvimento cognitivo dos bebês aos 6 meses revelou-se inédito na investigação da depressão gestacional. Prejuízos neste aspecto do desenvolvimento haviam sido apontados somente para crianças cujas mães apresentaram depressão pós-parto (ALI, MAHMUD, KHAN, & ALI, 2013).

De outro modo, no que tange o desenvolvimento da linguagem nos bebês de 6 meses, os dados não apontaram impacto da presença de indicativos de depressão materna na gestação ou no puerpério, contrapondo-se ao estudo de Ali, Mahmud, Khan e Ali (2013) para este período. Inferimos que a oferta de cuidado e o acompanhamento da mulher durante a gestação em nosso estudo, bem como a possibilidade de atendimento no momento das avaliações ofertado à criança ao longo dos dois primeiros anos de vida, embora sejam insuficientes para garantir prevenção e promoção de saúde adequados, tenham contribuído como estratégias motivacionais para a procura de aliados (vizinhos, amigos e familiares), que pudessem auxiliar no cuidado de seus bebês (BRONFENBRENNER, 2011), comunicando-se e interagindo com eles e melhorando de modo não específico o desenvolvimento da linguagem (PRATES *et al.*, 2015). Adicionalmente, os bebês continuaram apresentando desenvolvimento adequado da linguagem aos 12 meses de idade, embora outras investigações tenham demonstrado atrasos neste domínio em decorrência da depressão gestacional e puerperal (QUEVEDO *et al.*, 2012).

Os prejuízos no desenvolvimento motor fino causados pela depressão puerperal nos bebês aos 12 meses de idade, apontam para a necessidade de intervenções que atuem de fato em realizar a efetiva interação para mães-pais- crianças-família, numa ação de promoção de saúde, uma vez que estes atrasos podem ser gerados por dificuldades ambientais, baixa interação e estimulação entre mães com depressão puerperal e seus filhos (GALBALLY, LEWIS & BUIST, 2011), e foram evidenciados em outros estudos que avaliaram o desenvolvimento infantil com diferentes escalas de avaliação (GALBALLY, LEWIS & BUIST, 2011; RIBEIRO, PEROSA & PADOVANI, 2014; ALI, MAHMUD, KHAN, & ALI, 2013).

Reunidos, esses resultados corroboram à perspectiva bioecológica do Desenvolvimento Humano (BRONFENBRENNER, 2011), pois retratam a influência que conexões a nível de microsistema, neste caso entre mãe e bebê, exercem no desenvolvimento infantil.

Por outro lado, a depressão materna gestacional ou puerperal em mulheres deste estudo não teve impacto sobre os domínios do desenvolvimento infantil nas crianças avaliadas pela BSID-III aos 18 e 24 meses de idade e estão em acordo com Piteo, Yelland e Markides (2012), que atribuíram tal achado ao curto período de incidência da DPP nas mães.





Entretanto, há controvérsias nestes campos de estudos apontando prejuízos nos domínios socioemocional, cognitivo, de linguagem, motor fino e grosso em bebês aos 6, 12, 24 e 30 meses de idade (ALI, MAHMUD, KHAN, & ALI, 2013).

Cabe reconhecer que seria desejável utilizar uma amostra maior por grupo estudado, bem como, propor um delineamento prospectivo também para as crianças e não somente para as mães, a fim de identificar os efeitos da depressão materna ao longo do desenvolvimento dos bebês, através de análises mais elaboradas. Contudo, deve ser salientado que foram encontradas correlações significativas entre as variáveis estudadas, permitindo rastrear os efeitos da depressão gestacional, nos diferentes trimestres, e puerperal no desenvolvimento na primeira infância.

## ■ CONCLUSÃO

O primeiro e o terceiro trimestres de gestação consistiram nos períodos de maior incidência de depressão gestacional, coincidindo com os períodos de descoberta da gestação, que exige repensar os modos de vida da mãe, do pai e da família e seus arranjos social e econômico, e com o período anterior ao parto, em que a proximidade da chegada do bebê demanda praticar os novos modos de ser.

O impacto da depressão materna puerperal de modo mais expressivo no desenvolvimento neuropsicológico dos bebês aos 6 e 12 meses de idade, convoca a pensar estratégias de proteção e promoção de saúde que envolvam os bebês, as mães, os pais e as famílias no primeiro ano de vida da criança.

Por fim, salienta-se a importância de identificação eficiente dos fatores de risco ligados ao comportamento materno, tanto para a saúde da gestante, como para o desenvolvimento infantil, com o intuito de promover estratégias de intervenção que evitem ou mesmo compensem prejuízos decorrentes. Assim, a oferta de atendimento apropriado direcionado a saúde mental da gestante poderá aumentar as chances do desenvolvimento neuropsicológico adequado do bebê.

## ■ AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao professor Dr. Gilberto Kac (UFRJ) por possibilitar a realização das avaliações neuropsicológicas em bebês em um estudo sob sua coordenação e a colaboração em estudos de interesses convergentes entre a UFRJ, a UFRRJ e a PUC-Rio.





## ■ REFERÊNCIAS

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica Brasil**. 2009. Disponível em <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>
2. ALI, N. S.; MAHMUD, S.; KHAN, A.; ALI, B. S. Impact of postpartum anxiety and depression on child's mental development from two peri-urban communities of Karachi, Pakistan: a quasi-experimental study. **BMC Psychiatry**, v. 13, n. 274, p. 1-12. 2013. doi: 10.1186/1471-244X-13-274
3. ALMEIDA, M. S.; NUNES, M. A.; CAMEY, S.; PINHEIRO, A. P.; SCHMIDT, M. I. Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 385-394. 2012. doi: 10.1590/S0102-311X2012000200017
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. (5th ed.). Porto Alegre: Artmed, 948p., 2014.
5. BAYLEY, N. **Bayley Scales of Infant and Toddler Development**. (3th ed.). San Antonio: Harcourt Brace, 266p., 2006.
6. BAPTISTA, M. N. Avaliando “depressões”: dos critérios diagnósticos às escalas psicométricas. **Avaliação Psicológica**, v. 17, n. 3, p. 301-310. 2018. doi: 10.15689/ap.2018.1703.14265.03
7. BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
8. COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **The British Journal of Psychiatry**, v. 150, n. 6, p. 782-786. 1987. doi: 10.1192/bjp.150.6.782.
9. DE SOUZA, M. S.; BAPTISTA, M. N. Associações entre suporte familiar e saúde mental. **Revista Psicologia Argumento**, v. 26, n. 54, p. 207-215. 2017. Doi: 10.7213/rpa.v26i54.19753
10. GALBALLY, M.; LEWIS, A. J.; BUIST, A. Developmental outcomes of children exposed to antidepressants in pregnancy. **A. N. Z. J. Psychiatry**, v. 45, n. 5, p. 393-399. 2011. doi: 10.3109/00048674.2010.549995.
11. FONSECA, V. R. J. R. M.; SILVA, G. A.; OTTA, E. Depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 738-746. 2010. doi: 10.1590/S0102-311X2010000400016
12. FISHER, J.; MELLO, M. C. D.; PATEL, V.; RAHMAN, A.; TRAN, T.; HOLTON, S.; E HOLMES, W. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 90, n. 2, p. 139-149. 2012. doi: 10.2471/BLT.11.091850
13. IRURITA-BALLESTEROS, C.; FALCÃO, D. V. S.; ROCINHOLI, L. F.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Saúde mental e apoio social materno: influências no desenvolvimento do bebê nos dois primeiros anos. **Contextos Clínicos**, v. 12, n. 2, p. 1983-3482. 2019. doi: 10.4013/ctc.2019.122.04
14. KLIEMANN, A.; BOING, E.; CREPALDI, M. A. Fatores de risco para ansiedade e depressão na gestação: Revisão sistemática de artigos empíricos. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v. 25, n. 2, p. 69-76. 2017. doi: 10.15603/2176-1019/mud.v25n2p69-76



15. LIMA, M. D. O. P.; TSUNECHIRO, M. A.; BONADIO, I. C.; MURATA, M. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 39-46. 2017.
16. MADASCHI, V., & PAULA, C. S. Medidas de avaliação do desenvolvimento infantil: uma revisão da literatura nos últimos cinco anos. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 11, n. 1, p. 52-56. 2011. Disponível em <[www.mackenzie.br/fileadmin/OLD/47/Graduacao/CCBS/Pos-Graduacao/Docs/Cadernos/Volume\\_11/Madaschi\\_e\\_Paula\\_v\\_11\\_n\\_1\\_2011.pdf](http://www.mackenzie.br/fileadmin/OLD/47/Graduacao/CCBS/Pos-Graduacao/Docs/Cadernos/Volume_11/Madaschi_e_Paula_v_11_n_1_2011.pdf)>
17. Manente, M. V., & Rodrigues, O. M. P. R. (2016). Maternidade e Trabalho: Associação entre Depressão Pós-parto, Apoio Social e Satisfação Conjugal. **Pensando famílias**, v. 20, n. 1, p. 99-111. Retrieved from [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-494X2016000100008&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2016000100008&lng=pt&tlng=pt).
18. MELVILLE, J. L.; GAVIN, A.; GUO, Y.; FAN, M. Y.; KATON, W. J. Depressive Disorders During Pregnancy: Prevalence and Risk Factors in a Large Urban Sample. **Obstetrics and Gynecology**, v. 116, n. 5, p. 1064–1070. 2010. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181f60b0a
19. NEWMAN, R. S.; ROWE, M. L.; RATNER, N. B. Input and uptake at 7 months predicts toddler vocabulary: the role of child-directed speech and infant processing skills in language development. **Journal of Child Language**, v. 43, n. 5, p. 1158-73. 2015. doi: 10.1017/S0305000915000446
20. WOLRD HEALTH ORGANIZATION. Adult Woman. In: WHO (Org). **Women and health: today's evidence tomorrow's agenda**. Geneva: WHO, p. 1-53. 2009.
21. PEARLTEIN, T. Depression during pregnancy. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v. 29, n. 5, p. 754-764. 2015. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2015.04.004
22. PITEO, A. M.; YELLAND, L. N.; MAKRIDES, M. Does maternal depression predict developmental outcome in 18 month old infants? **Early Human Developmental**, v. 88, n. 8, p. 651-655. 2012. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2012.01.013
23. PRATES, L. A.; SCHMALFUSS, J. M.; LIPINSKI, J. M. Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 310-315. 2015. doi: 10.5935/1414-8145.20150042
24. QUEVEDO, L.A.; SILVA, R. A.; GODOY, R.; JANSEN, K.; MATOS, M. B.; TAVARES, P. K. A.; PINHEIRO, R. T. 2011. The impact of maternal post-partum depression on the language development of children at 12 months. **Child: care, health and development**, v. 38, n. 3, p. 420–424. 2011. doi: 10.1111/j.1365-2214.2011.01251.x
25. RAPOSA, E. M. A.; HAMMEN, C.; BRENNAN, P.; NAJMAN, J. The long-term effects of maternal depression: early childhood physical health as a pathway to offspring depression. **Journal Adolescent Health**, v. 54, n. 1, p. 1-13. 2014. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.07.038
26. RIBEIRO, D.G.; PEROSA, G. B.; PADOVANI, F. H. P. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. **Ciência e saúde coletiva**, v. 19, n. 1, p. 215-226. 2014. doi: 10.1590/1413-81232014191.1904
27. SANTOS, M. F.; MARTINS, F. C.; PASQUALI, L. Escala de auto-registro de depressão pós-parto: estudo no Brasil. In: Gorenstein C, Andrade LH, Zuardi AW, editores. **Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.



- 
28. SCHWARTZ, T.; VIEIRA, R.; GEIB, L. T. C. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2575-2585. 2011. doi: 10.1590/S1413-81232011000500028
29. SILVA, R. A. da.; JANSEN, K.; SOUZA, L. D. M.; MORAES, I. G. da S.; TOMASI, E.; SILVA, G. D. G. da.; DIAS, M. S.; PINHEIRO, R. T. Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. 2, p.139-144. 2019. doi: 10.1590/S1516-44462010000200008
30. SILVA, N. D. S. H.; FILHO, F. L.; GAMA, M. E. A.; LAMY, Z. C.; PINHEIRO, A. L.; Silva, D. N. Instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil de recém-nascidos prematuros. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 21, n. 11, p. 85-98. 2011. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822011000100009&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822011000100009&lng=pt&tlng=pt)>
31. THIENGO, D. L.; PEREIRA, P. K.; SANTOS, J. F. C.; CAVALCANTI, M. T.; LOVISI, G. M. Depressão gestacional e desfechos na saúde do recém-nascido. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 4, p. 214-220. 2012. doi: 10.1590/S0047-20852012000400004
32. ZENG, Y.; CUI, Y.; LI, J. Prevalence and predictors of antenatal depressive symptoms among Chinese women in their third trimester: a cross-sectional survey. **BMC Psychiatry**, v. 15, n. 66, p. 1-7. 2015. doi: 10.1186/s12888-015-0452-7

---

# Direitos humanos e saúde da mulher negra: revisão literária dos fatores associados ao câncer de colo uterino no Brasil

| **Felipe Coutinho Rodrigues**  
UFJ

| **Pedro Barbosa**  
UFJ

| **Julia Mathias Mendonça Meirelles**  
UFJ

| **Marcus Vinícius Santos do Nascimento**  
UFJ

| **Laryssa Cristina Terra Sousa**  
UFJ

# RESUMO

Na contemporaneidade, a saúde enquanto direito humano encontra-se positivada em diversas legislações, incluindo a Constituição Federal de 1988. Todavia, iniquidades dessa ordem são recorrentemente testemunhadas entre grupos marginalizados socialmente. Estudos mostram maior morbimortalidade de câncer de colo uterino (CCU) em mulheres negras no país. Essa doença pode ser diagnosticada precocemente via rastreamento por exame citopatológico, o que garante melhor prognóstico às pacientes. Assim, o presente estudo objetiva investigar como se dão os obstáculos que vulnerabilizam as mulheres negras ao CCU. Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, realizada a partir das bases de dados MEDLINE, LILACS, SciELO e Google Acadêmico. Empregou-se os Palavras-chave *African Continental Ancestry Group*, *Mass Screening*, *Health Services Accessibility*, *Uterine Cervical Neoplasms* e *Brazil* associados ao operador booleano AND em diversas combinações. Foram selecionados e analisados 21 trabalhos, entre livros e artigos. A revisão pôde concluir que o quesito raça/cor é preponderante na incidência do CCU e sua causa é multifatorial. No seio da problemática encontra-se o não acesso de mulheres negras aos serviços de saúde, essencial para que o rastreamento e o diagnóstico precoce sejam garantidos. Esse, por sua vez, se dá por diversas configurações do racismo – interpessoal, estrutural e institucional. Soma-se a isso o valor atribuído socialmente a corporeidade da mulher negra. Assim, faz-se necessária uma intervenção para que os direitos humanos, bem como os princípios do SUS sejam garantidos para esse segmento étnico-racial. Para tanto, é importante que o Estado direcione suas ações de modo a priorizar políticas públicas de promoção da igualdade racial.

**Palavras-chave:** População Negra, Acesso aos Serviços de Saúde, Iniquidade em Saúde, Câncer de Colo Uterino.

## ■ INTRODUÇÃO

O decurso de reconhecimento da saúde como uma garantia inalienável a qualquer indivíduo ocorreu paralelamente à construção dos direitos humanos (DH). Dessarte, no século XXI, a saúde está incluída enquanto direito na maior parte das jurisprudências do mundo ocidental, incluindo o Brasil. Diversos processos históricos ocorreram para que esse princípio fundamental fosse alcançado.

Apesar das diferentes compreensões acerca do surgimento dos DH, a outorga da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (1948), dada após o holocausto promovido pelo regime nazifascista durante a Segunda Guerra Mundial, impactou o mundo ao instituir várias prerrogativas como direito, incluindo a saúde (ANNAS, 1998). A Conferência de Alma-Ata (1978) e a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde (1986) reafirmam esse direito, acrescentando, ainda, uma perspectiva mais ampliada sobre a saúde – vista em todos os seus aspectos biopsicossociais – e um foco maior das ações dos Estados para a prevenção da doença e promoção de bem-estar por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) – em contraposição aos outros níveis de atenção, ora mais prestigiados –, respectivamente (CAMPOS; DE SOUZA, 2018).

No país, diversos foram os atores desse processo histórico. O movimento da Reforma Sanitária e a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) projetaram os conceitos sobre e para a saúde que vieram a ser abarcados na Constituição Federal de 1988 (POLIGNANO, 2001). Nessa, a saúde é estabelecida como direito e o Estado é posto enquanto promotor de suas políticas em todos os níveis de atenção. Posteriormente, a Lei nº 8.080 (1990) surge para consolidar os princípios de um sistema público de saúde que prometeria ser integral, equânime e universal – o Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar da instituição de diversos dispositivos legais para que o Estado possa garantir saúde e bem-estar, observa-se, no Brasil, iniquidades em saúde – e não somente que poderiam ser solucionadas caso tais dispositivos fossem aplicados. Conforme Sudbrack e Sudbrack (2019), a hierarquização social e o autoritarismo do Estado brasileiro – evidenciado pela efetuação de uma dicotomia contínua entre o que está preconizado na legislação e o que é vivido pela parcela marginalizada por esse estado, como, historicamente, é o caso da população negra – impedem a experiência da cidadania por todos os indivíduos, comprovado estatisticamente pela visibilização das desigualdades. Essa, por sua vez, é refletida nos indicadores de saúde, tais como a taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas.

À vista disso, Maio e Monteiro (2005) discorrem que após ações de mobilização e organização do Movimento Social Negro Brasileiro denunciando os descasos referentes à problemática das disparidades étnico-raciais, o Ministério da Saúde instituiu, em 1996, a verificação do quesito cor em seus sistemas de informação. Com isso, ficou explícito pelos





indicadores de saúde – como a mortalidade materna e a esperança de vida ao nascer que o problema se estendia muito mais, alcançando aspectos da saúde e da doença. Nesse momento, percebeu-se que o SUS não conseguia alcançar os brasileiros de forma universal, integral e, principalmente, equânime. Consequentemente, com a intensificação das pressões políticas do Movimento Social Negro Brasileiro, aumentaram-se os diálogos sobre o problema entre a sociedade civil e o Estado durante os governos FHC (1995- 2003) e Lula (2003-2011), culminando, no ano de 2006, na apresentação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), com o intuito de extinguir iniquidades raciais via alcance de metas propostas. Todavia, a implementação e consolidação dessa política têm sido dada a largos passos, quando esses são dados (FAUSTINO, 2012).

Desse modo, ao ser reconhecido a problemática da saúde da população negra na agenda política do Estado, percebe-se que a mortalidade por câncer de colo uterino (CCU) tem sido relatada maior em mulheres pretas ou pardas. Mendonça *et al.* (2008) evidenciaram que mais de 60% dos óbitos por esse câncer, durante o período de 2000 a 2004 em Recife, foram de mulheres negras. Além disso, esse mesmo estudo também constatou uma relação dessa mortalidade com uma menor renda e a ausência de um companheiro. Esse trabalho ilustra o impacto dos determinantes sociais de saúde na manifestação da doença, bem como introduz a percepção de que, no Brasil, as relações étnico-raciais entre brancos e negros podem gerar uma carga que propiciará – ou não – saúde, o que fere o juízo da isonomia entre todos os segmentos étnico-raciais.

É válido ressaltar que o CCU é uma das neoplasias mais recorrentes na população feminina do país e está frequentemente associado a infecção sexualmente transmissível por Papiloma Vírus Humano (HPV). Sua evolução é estagiada, o que permite que lesões precursoras sejam identificadas precocemente via exame citopatológico (BRASIL, 2016). Diversos estudos apontam para os benefícios da difusão dessa técnica para o cenário do CCU (GUSTAFSSON, Leif *et al.*; ARBYN, Marc *et al.*). Por conseguinte, a incidência de estágios avançados dessa doença – que elevam seus níveis de morbimortalidade – está diretamente relacionada a dificuldades na implementação de políticas públicas voltadas especificamente para saúde de grupos historicamente vulneráveis, ou seja, para rastreamento abrangentes e efetivos. Portanto, o que se tem visualizado é que, apesar da ampliação da APS e das atividades ofertadas por essa, grupos específicos estão à beira do alcance dos serviços de saúde que oferecem o rastreio para o CCU, a exemplo as mulheres negras.

Dentro disso, o presente estudo objetiva reconhecer como se dão os obstáculos que mulheres negras enfrentam, os quais desencadeiam sua maior mortalidade por CCU. O mesmo justifica-se dada a importância de se entender como a problemática se desenvolve para que intervenções efetivas, que venham a resguardar o direito inalienável do acesso à saúde pública e reduzir disparidades étnico-raciais em sua promoção, possam ser pensadas e instituídas. Destaca-se, por fim, a importância da universalidade, da integralidade e da





equidade enquanto princípios do SUS e que, para garanti-las, é oportuno que tais iniquidades em saúde sejam combatidas pelo Estado, bem como pelo engajamento de responsabilidade social de todo conjunto da sociedade.

## ■ DESENVOLVIMENTO

### Metodologia

Trata-se de um trabalho de revisão narrativa de literatura que se propõe a levantar hipóteses sobre o desdobramento da problemática do CCU na mulher negra, a partir de estudos previamente existentes e questões norteadoras inicialmente definidas sobre a temática dos direitos humanos e saúde da mulher negra, com foco específico numa revisão literária dos fatores associados ao câncer de colo uterino no Brasil. Desse modo, as bases de dados empregadas na pesquisa foram *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e Google Acadêmico. Os descritores utilizados são provenientes do vocabulário DeCS/MeSH, desenvolvido pela Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) da Organização Pan- Americana de Saúde (OPAS/OMS).

Para buscar trabalhos que respondessem às questões norteadoras, subdividimos nossas abordagens em dois momentos:

“Quais são os fatores associados ao diagnóstico de câncer de colo uterino em estágio avançado? Quais são os fatores associados à não realização do exame citopatológico?”. Para responder essas indagações, utilizou-se como descritores (1) *African Continental Ancestry Group; Uterine Cervical Neoplasms; Brazil* ou (2) *Uterine Cervical Neoplasms; Mass Screening; Health Services Accessibility; Brazil* com a presença do operador booleano “AND” entre os descritores. Como critério de inclusão, optou-se por artigos originais, completos e de livre acesso, publicados na língua portuguesa e que respondessem ao que foi proposto a investigação. A seleção ocorreu a partir da leitura exploratória de títulos, resumos e resultados.

No momento (B), questionamos: “Como se dá o não acesso da população negra aos serviços de saúde no Brasil? Qual é a fonte primária da problemática e como ela se articula?”. Para tanto, foi realizada busca manual, admitindo que se fosse selecionado uma maior gama de trabalhos científicos, tais como livros, teses, dissertações e monografias – além de artigos. Esses, por sua vez, estiveram relacionados com discussões acerca da construção histórica de associações de poder e das disparidades promovidas por essas no seio das relações étnico-raciais, suas influências e desfechos no processo saúde- doença – principalmente o acesso aos serviços de saúde –, na PNSIPN e, também, perpassando pelo contexto dos DH no Brasil.





No estudo não foi aplicado recorte temporal para a seleção dos trabalhos a serem revisados. Foram excluídos quaisquer trabalhos que não abordassem em nenhum momento o quesito cor/raça no fito de seu desenvolvimento.

## Resultados da Seleção

Para as questões norteadoras que classificamos como (A), foram selecionados 10 artigos publicados em revistas brasileiras, conforme indicado abaixo na (Tabela 1). Todos eles são resultados de análises transversais, sendo que a maioria (60%) dos artigos correspondem aos estudos de base populacional, realizados por inquéritos epidemiológicos (LAGE, Adriene Cristina *et al.*; HACKENHAAR, Arnildo A *et al.*; OLIVEIRA, Márcio Vasconcelos *et al.*; AMORIM, Vivian Mae Schmidt Lima *et al.*; RAFAEL, Ricardo de Mattos Russo *et al.*; GASPERIN, Simone Iara *et al.*). Estudos utilizando dados de registros hospitalares (THULER, Luiz Claudio Santos *et al.*; RENNA JUNIOR, Nelson Luiz *et al.*) e inquéritos direcionados a serviços de saúde (BARCELOS, Mara Rejane Barroso *et al.*) também foram encontrados. O recorte temporal dos trabalhos consta de 2006 até 2018. Somente 2 desses discutiam diretamente a temática do CCU em mulheres negras.

**Tabela 1.** Artigos selecionados para revisão destinados à explanação das questões norteadoras (A).

| Título                                                                                                                                                                              | Autores                                                                                | Ano  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Tendências temporais e fatores associados ao diagnóstico em estágio avançado de câncer do colo uterino: análise dos dados dos registros hospitalares de câncer no Brasil, 2000-2012 | RENNA JUNIOR, Nelson Luiz; SILVA, Gulnar Azevedo                                       | 2018 |
| Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil                                            | AMORIM, Vivian Mae Schmidt Lima <i>et al.</i>                                          | 2006 |
| Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ                                                                                            | BARCELOS, Mara Rejane Barroso <i>et al.</i>                                            | 2017 |
| Barreiras na realização da colpocitologia oncótica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil                       | RAFAEL, Ricardo de Mattos Russo; MOURA, Anna Tereza Miranda Soares de                  | 2010 |
| Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional                            | GASPERIN, Simone Iara; BOING, Antonio Fernando; KUPEK, Emil                            | 2011 |
| Fatores associados a não realização de Papanicolaou em mulheres quilombolas                                                                                                         | OLIVEIRA, Márcio Vasconcelos; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland; FRANÇA, Elisabeth Barboza | 2014 |
| Fatores associados à não realização do Teste de Papanicolaou em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2008                                                                                  | LAGE, Adriene Cristina <i>et al.</i>                                                   | 2013 |
| Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização                           | HACKENHAAR, Arnildo A; CESAR, Juraci A; DOMINGUES, Marlos R                            | 2006 |
| Determinantes do diagnóstico em estadios avançados do câncer do colo do útero no Brasil                                                                                             | THULER, Luiz Claudio Santos; AGUIAR, Suzana Sales de; BERGMANN, Anke                   | 2014 |
| Citopatológico e exame de mama: desigualdade de acesso para mulheres negras no sul do Brasil                                                                                        | BAIROS, Fernanda Souza de; MENEGHEL, Stela Nazareth; OLINTO, Maria Teresa Anselmo      | 2008 |





Para as questões norteadoras indicadas como (B), foram selecionados 11 trabalhos, conforme a (Tabela 2), de diferentes abordagens e com potencial contribuição para a narrativa, sendo esses publicados em revistas brasileiras situadas no escopo das ciências da saúde. Desse modo, diferentes metodologias foram empregadas em sua formulação – tais como pesquisa documental, revisão integrativa, estudo transversal e estudo etnográfico. Livros também foram selecionados para revisão. O recorte temporal de publicação dos trabalhos compõe os anos de 1965 a 2019.

**Tabela 2.** Artigos selecionados para revisão destinados à explanação das questões norteadoras (B).

| Título                                                                                      | Autores                                   | Ano  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------|
| O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde                           | LÓPEZ, Laura Cecília                      | 2012 |
| A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra | FAUSTINO, Deivison Mendes                 | 2017 |
| Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde                            | LOPES, Fernanda                           | 2005 |
| Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil     | TRAD, Leny Alves Bomfim et al.            | 2012 |
| Acessibilidade da População Negra ao Cuidado Oncológico no Brasil: Revisão Integrativa      | PAULISTA, Janaína Santos et al.           | 2019 |
| Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil                       | CHOR, Dóra; LIMA, Claudia Risso de Araujo | 2005 |
| Enfrentando o racismo nos serviços de saúde                                                 | BATISTA, Luis Eduardo; BARROS, Sônia      | 2017 |
| A integração do negro na sociedade de classes                                               | FERNANDES, Florestan                      | 1965 |
| Genealogia do racismo                                                                       | FOUCAULT, Michel                          | 1976 |
| Discriminação e desigualdades raciais no Brasil                                             | HASENBALG, Carlos Alfredo                 | 1979 |
| O corpo da mulher negra                                                                     | NOGUEIRA, Isildinha Baptista              | 1999 |

## Conteúdo da Seleção

Os trabalhos que compreenderam a amostra de revisão literária dialogam de modo a delinear uma narrativa sobre como as estruturas da sociedade se articulam para desencadear iniquidades em saúde para mulheres negras. Para tanto, é conveniente reforçar que supostamente tudo indica a não adesão ao rastreamento para o CCU pois está comprovado cientificamente que ele é o principal responsável pelo seu diagnóstico tardio e morbimortalidade. Essa, por sua vez, se relaciona com o não acesso aos serviços de saúde pública, dado por razões multifatoriais que serão destrinchadas.

A princípio, os estudos transversais (HACKENHAAR, Arnildo A *et al.*; OLIVEIRA, Márcio Vasconcelos *et al.*; AMORIM, Vivian Mae Schmidt Lima *et al.*; RAFAEL, Ricardo de Mattos Russo *et al.*; GASPERIN, Simone Iara *et al.*; THULER, Luiz Claudio Santos *et al.*; RENNA JUNIOR, Nelson Luiz *et al.*; BARCELOS, Mara Rejane Barroso *et al.*) evidenciaram que o quesito cor/raça estiveram frequentemente associados a não realização do rastreamento para o CCU – no caso, confirmaram que mulheres negras tem menos acesso aos serviços





de saúde pública. De todos esses estudos, somente Lage *et al.* (2013) não evidenciaram a cor de pele enquanto fator associado a não realização do exame preventivo. Barcelos *et al.* (2017) revelaram que mulheres de cor branca foram as que menos sofreram com falta de acesso ao exame. No mesmo sentido, Hackenhaar *et al.* (2006) relataram que o percentual de mulheres mulatas ou pretas que deixaram de procurar o citopatológico, no município de Pelotas, é 10% maior que o de mulheres brancas.

Bairros *et al.* (2008) demonstrou que as mulheres negras que nunca realizaram o exame constituem o dobro de mulheres brancas na mesma situação. Esse mesmo estudo, em concomitância com Amorim *et al.* (2006), também evidenciou que as disparidades étnico-raciais na realização do rastreamento não desapareciam se analisando as variáveis socioeconômicas em associação com a variável raça/cor. O impacto disso foi evidenciado por um estudo de Thuler *et al.* (2014), no qual mulheres de pele preta representaram quase 60% dos diagnósticos de CCU invasivos. Em um trabalho de Renna Junior e Silva (2018), mulheres pretas só estiveram atrás de mulheres indígenas no risco de desenvolvimento desse quadro clínico.

Concatenado a isso, outros fatores presentes nos trabalhos que demonstraram intensa associação com a incidência de CCU e a não realização do rastreamento foram as condições econômicas sociais, tais como a renda e a escolaridade. Quanto menos renda e quanto menos anos de estudo, maior foi a vulnerabilidade. Sabe-se que, ao se perpassar pela construção histórica do Estado brasileiro, as estruturas instituídas perpetuam desigualdades étnico-raciais que se estendem para todas as áreas da vida cotidiana, sendo essas sociais, econômicas e culturais. Desse modo, não é difícil imaginar que todos os fatores – cor, renda e escolaridade – unem-se e potencializam a problemática e ausência do acesso de mulheres negras ao rastreamento de doenças e sua prevenção, tornando-as ainda mais vulneráveis a todo tipo de moléstia que podem ser evitadas.

Desse modo, o que foi mencionado acima é apenas a porção visível de uma série de processos históricos de exclusão e segregação existentes sobre a população negra na sociedade brasileira. O racismo estrutural e institucional (ALMEIDA, 2019) é o grande responsável por sistematizar o modo com que os danos mostrados se dão. Conforme Lopes:

Ao demarcar os espaços sociais com base na aparência e na cor da pele, as sociedades latino-americanas, e a brasileira em particular, resgatam a natureza sócio-histórica do conceito de raça e capturam seu potencial de identificar diferentes sentidos e significados no acesso ao poder, no acesso ao repertório de direitos efetivamente disponíveis e ao conjunto de recursos socialmente desejáveis. [...] Os perversos efeitos dessa programação social sobre a população negra são inúmeros (diversos e assimétricos nas várias fases do ciclo de vida) e podem ser evidenciados, direta ou indiretamente, a partir da análise de alguns aspectos das relações interpessoais e das relações que o grupo estabelece com as instituições; da análise de sua situação socioeconômica,



condições de vida e de desenvolvimento humano, participação no mercado de trabalho, acesso aos bens e equipamentos sociais e de sua morbimortalidade [...] (LOPES, 2005, p. 1596)

Perante o exposto, entende-se a primeira e mais frequentemente reconhecida manifestação do racismo: a interpessoal. Ou seja, trata-se da discriminação sistemática historicamente presente na sociedade brasileira a qual as pessoas não-negras adotam uma postura de vantagem preconceituosa pelo simples fato das outras serem negras. Essa prática cotidiana em nosso meio social, promove repercussão à saúde da mulher negra de várias formas. A primeira a se citar está nas experiências de discriminação racial vivenciadas nos serviços de saúde, por exemplo o tratamento desigual, que constitui uma barreira de acesso. Em ilustração, Trad *et al.* (2012) trazem à tona uma pesquisa sobre a percepção dos usuários da atenção básica de um bairro de Salvador onde relatos desse tratamento desigual emergiram. A percepção dessa torna-se uma barreira à medida que as usuárias deixam de procurar os serviços por notá-las. Outra situação a ser comentada é referente à assistência perinatal dada as mulheres negras. É sabido que essas têm menor alcance na realização de pré-natal e maior suscetibilidade a violência obstétrica – principalmente devido à ausência ou pouca analgesia na hora do parto (PAULISTA *et al.*, 2019).

Em consonância com Fernandes (1965), soma-se a isso, em vista de todo o processo histórico de escravização de negros africanos no período colonial e imperial, seguido de sua abolição sem nenhum esforço de reintegração social do negro pelo Estado brasileiro que os colocou em posição subalterna, o racismo estrutural – que também corrobora com o cenário do processo saúde-doença. Esse define a posição dos indivíduos na dinâmica social, incluindo o trabalho, a escolaridade e o consumo. Por isso, observa-se uma maior concentração de pretos e pardos entre os mais pobres no país (LOPES, 2005). Assim, o Estado – ou pela omissão ou pela própria atuação – trama com o que o negro trabalha, o quanto recebe, o que consome, onde vive e até quanto vive. Aqui, as disparidades étnico-raciais são visualizadas pelo menor acesso à saúde suplementar (PAULISTA *et al.*, 2019), à cobertura do sistema público de saúde – particularmente a APS – (TRAD *et al.*, 2012) e a educação (LOPES, 2005) – importante para a conscientização dos fatores de risco para o CCU, como o tabagismo e relações sexuais sem o uso de preservativo, e para a compreensão da necessidade e como realizar acompanhamento da própria saúde. Nesse ponto visualizamos a importância de ações afirmativas para a promoção de mobilidade social.

O racismo institucional, em íntima cooperação com o supramencionado, legitima os processos de marginalização pelo aparato do Estado – o qual deveria ser, ao contrário, assegurado dos DH. De acordo com Silvio Luiz de Almeida, que é especialista em direito e filosofia:

A concepção institucional significou um importante avanço teórico no que con-





cerne ao estudo das relações raciais. Sob esta perspectiva, o racismo não se resume a comportamentos individuais, mas é tratado como o resultado do funcionamento das instituições, que passam a atuar em uma dinâmica que confere, ainda que indiretamente, desvantagens e privilégios com base na raça. Antes de entrarmos na expressão institucional do racismo, vamos entender um pouco mais o que são instituições. (ALMEIDA, 2009, p. 25-26)

Ainda na mesma linha de raciocínio, López (2012) aponta que essa manifestação do racismo institucional se expressa na rotina da máquina pública, pela operação e distribuição desigual de serviços – o que está em conformidade com o visualizado nos estudos transversais da revisão –, bem como na implementação de políticas públicas, como a PNSIPN. Essa política encontra empecilhos em sua efetiva consolidação. Batista *et al.* (2017) apresentaram um estudo que revela que somente 32 de 5.561 municípios tem a política implementada. Isso pois, segundo Faustino (2017), há desconhecimento dessa por gestores do SUS e profissionais de saúde e, além disso, os planos operativos da PNSIPN encontram dificuldades de serem incorporados na agenda dos gestores de saúde sendo que esses priorizam outras políticas e programas. Essa é a demonstração mais pura de um Estado que emprega políticas de biopoder, onde determinados grupos recebem a atuação desse para que tenham condições dignas para viver, enquanto outros são deixados a margem para morrer (FOUCAULT, 1976).

Também, outra literatura que contribui para uma melhor compreensão dessa engrenagem produzida pelo racismo institucional é trazida por Hasenbalg (1979) quando o sociólogo aponta para a utilização de um instrumento ideológico o qual é denominado de “mito da democracia racial”. Na sua dimensão, esse mito propaga uma ideologia de argumentos centrais da não existência de racismo na sociedade brasileira. Entretanto, a partir de uma releitura sociológica atualizada percebemos que a crítica ao “mito da democracia racial” busca restabelecer uma nova visão das especificidades das relações raciais brasileiras pautadas nas suas contradições entre suas normas e práticas.

Portanto, esse, inexistente, é refletido na não implementação da PNSIPN uma vez que os próprios gestores desconhecem a necessidade de implementar a política por não visualizarem as manifestações do racismo no dia a dia, nos serviços de saúde e na sociedade.

Outrossim, caminhando para a discussão de gênero buscou-se investigar qual o impacto da presença de um companheiro no rastreamento e na morbimortalidade pelo CCU e, assim, refletir sobre os impactos de um sistema patriarcal pré-existente no país. A análise dos estudos transversais traz um panorama sinuoso. Mulheres sem companheiro solteiras, divorciadas ou viúvas – apresentaram mais chances de acometimento na maioria dos trabalhos (RENNA JUNIOR, Nelson Luiz *et al.*; GASPERIN, Simone Iara *et al.*; BARCELOS, Mara Rejane Barroso *et al.*; OLIVEIRA, Márcio Vasconcelos *et al.*; AMORIM, Vivian Mae Schmidt Lima *et al.*; LAGE, Adriene Cristina; HACKENHAAR, Arnildo A *et al.*). Um estudo de Thuler



*et al.* (2014), no entanto, associou viver com companheiro como fator para o diagnóstico em estadio avançado em uma amostra de mais de 37.000 casos. Já Rafael *et al.* (2010) evidenciou que as que vivem com companheiro apresentam maior número de mulheres que não atribuem importância ao exame, em comparação às sem companheiro.

Algumas hipóteses podem dar sustentação para essas possibilidades. Mulheres sem companheiros podem tornar-se mais vulneráveis ao CCU por serem mais suscetíveis socioeconomicamente e por levarem uma vida de mais estresse, principalmente quando se fala das que assumem a chefia de famílias monoparentais femininas. Por outro lado, mulheres com companheiro podem sofrer mais com a oposição do marido em relação à realização do exame pélvico com outro profissional de saúde (PAULISTA, 2019).

Diante de todos os processos de hierarquização social – de ordem de cor/raça e de gênero –, a mulher negra foi deixada na base da pirâmide, sendo, desse modo, o pináculo da marginalização na América Latina. Logo, em concordância com Nogueira (1999), o corpo da mulher negra assume um lugar de desumanidade. Esse valor sob sua corporeidade é refletido diretamente em sua ocupação de espaços e isso, por sua vez, determina seu processo saúde-doença. A problemática do CCU é, infelizmente, somente mais uma das diversas consequências das desigualdades que pairam sobre ela.

## ■ CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo pôde concluir que o quesito *raça/cor* é preponderante na incidência do CCU. Diversos são os mecanismos pelos quais mulheres negras tornam-se mais vulneráveis a doença. No seio da problemática encontra-se o não acesso dessas aos serviços de saúde. Esse, por sua vez, se dá por diversas configurações do racismo – interpessoal, estrutural e institucional. Soma-se a isso o valor atribuído socialmente a corporeidade da mulher negra.

A problemática exige intervenção para que os direitos humanos e políticas públicas, bem como os princípios do SUS sejam garantidos. Faustino (2017) aponta para a focalização como saída. Este conceito denota que o Estado direcione suas ações de modo a priorizar a efetivação de políticas para camadas desfavorecidas, como as mulheres negras. Assim, discutir a implementação efetiva da PNSIPN é urgente. A equidade não tem sido atestada e, por isso, fortalecer o SUS com políticas públicas como essa faz-se necessário para que iniquidades em saúde sejam combatidas.

Por fim, admite-se a importância de promover uma educação continuada de profissionais de saúde acerca da temática e que, dada a escassez de trabalhos que investiguem especificamente o CCU na mulher negra mais estudos assumindo diferentes métodos – tais como transversais e etnográficos – são imprescindíveis.



## ■ REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, Silvio Luiz. *Racismo Estrutural*. 1 ed. São Paulo: Pólen Livros, 2019.
2. AMORIM, Vivian Mae Schmidt Lima et al. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 2329-2338, 2006.
3. ANNAS, George J. Human Rights and Health: The Universal Declaration of Human Rights at 50. **The New England Journal of Medicine**, n. 339, p. 1778-1781, 1998.
4. ARBYN, Marc et al. Attendance at cervical cancer screening and use of diagnostic and therapeutic procedures on the uterine cervix assessed from individual health insurance data (Belgium, 2002-2006). **PLoS One**, v. 9, n. 4, pág. e92615, 2014.
5. BAIRROS, Fernanda Souza de; MENEGHEL, Stela Nazareth; OLINTO, Maria Teresa Anselmo. Citopatológico e exame de mama: desigualdade de acesso para mulheres negras no sul do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 17, n. 2, p. 138-141, 2008.
6. BARCELOS, Mara Rejane Barroso et al. Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 67, 2017.
7. BATISTA, Luis Eduardo; BARROS, Sônia. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.
8. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma Política do SUS**. 3 ed, 2017.
9. CAMPOS, Cerise de Castro; DE SOUZA, Juliana Carneiro. O Direito à Saúde na História dos Direitos Humanos: Um Breve Relato. **STATUS LIBERTATIS**, v. 1, n. 1, p. 05-16, 2018.
10. CHOR, Dóra; LIMA, Claudia Risso de Araujo. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 1586- 1594, 2005.
11. FAUSTINO, Deivison Mendes. A equidade racial nas políticas de saúde. In: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. **Saúde da População Negra**. 2 ed. Petrópolis: De Petrus et Alii, p. 92-121, 2012.
12. FAUSTINO, Deivison Mendes. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3831-3840, 2017.
13. FERNANDES, Florestan. **A integração do negro na sociedade de classes**. 3 ed. São Paulo: Dominus Editora, 1965.
14. FOUCAULT, Michel. **Genealogía del racismo**. Altamira, 1976.
15. GASPERIN, Simone Iara; BOING, Antonio Fernando; KUPEK, Emil. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 1312-1322, 2011.
16. GUSTAFSSON, Leif et al. International incidence rates of invasive cervical cancer after introduction of cytological screening. **Cancer Causes & Control**, v. 8, n. 5, p. 755-763, 1997.

17. HACKENHAAR, Arnildo A.; CESAR, Juraci A.; DOMINGUES, Marlos R. Exame citopatológico de colo uterino em mulheres com idade entre 20 e 59 anos em Pelotas, RS: prevalência, foco e fatores associados à sua não realização. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, p. 103-111, 2006.
18. HASENBALG, Carlos Alfredo. **Discriminação e desigualdades raciais no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
19. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero** – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.
20. LAGE, Adriene Cristina. Fatores associados à não realização do Teste de Papanicolaou em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2008. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, p. 565-570, 2013.
21. LOPES, Fernanda. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 1595-1601, 2005.
22. LÓPEZ, Laura Cecilia. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, p. 121-134, 2012.
23. MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Tempos de racialização: o caso da ‘saúde da população negra’ no Brasil. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 12, p. 419- 446, 2005.
24. MENDONÇA, Vilma Guimarães de et al. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, p. 248-255, 2008.
25. NOGUEIRA, Isildinha B. O corpo da mulher negra. **Pulsional Revista de Psicanálise**, v. 13, n. 135, p. 40-45, 1999.
26. OLIVEIRA, Márcio Vasconcelos; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland; FRANÇA, Elisabeth Barboza. Fatores associados a não realização de Papanicolaou em mulheres quilombolas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 4535-4544, 2014.
27. PAULISTA, Janaína Santos; ASSUNÇÃO, Paula Gonçalves; DE LIMA, Fernando Lopes Tavares. Acessibilidade da População Negra ao Cuidado Oncológico no Brasil: Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 65, n. 4, 2019.
28. POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma Pequena Revisão**. Belo Horizonte: Cadernos do Internato Rural – Faculdade de Medicina/UFMG, 2001.
29. RAFAEL, Ricardo de Mattos Russo; MOURA, Anna Tereza Miranda Soares de. Barreiras na realização da colpocitologia oncótica: um inquérito domiciliar na área de abrangência da Saúde da Família de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 1045-1050, 2010.
30. RENNA JUNIOR, Nelson Luiz; SILVA, Gulnar Azevedo. Tendências temporais e fatores associados ao diagnóstico em estágio avançado de câncer do colo uterino: análise dos dados dos registros hospitalares de câncer no Brasil, 2000-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e2017285, 2018.
31. SUDBRACK, Aline Winter; SUDBRACK, Umberto Guaspari. Sociologia, Saúde, Direito e Direitos Humanos. In: E FONSECA, Ana Carolina da Costa; LEIVAS, Paulo Gilberto Cogo. **Direitos Humanos e Saúde**. v. 2. Porto Alegre: Editora da UFCSPA, 2019.



32. THULER, Luiz Claudio Santos; AGUIAR, Suzana Sales de; BERGMANN, Anke. Determinantes do diagnóstico em estadio avançado do câncer do colo do útero no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, p. 237-243, 2014.
33. TRAD, Leny Alves Bomfim; CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer; GUIMARÃES, Maria Clara da Silva. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 1007-1013, 2012.



# Eficácia dos tratamentos para líquen escleroso vulvar: uma revisão integrativa da literatura

| **Virgínia Braz da Silva Vaz**  
IMEPAC

| **André Quintino Porto**  
IMEPAC

| **Vívian Laís de Lima**  
IMEPAC

| **Ana Beatriz Montans Sallum**  
IMEPAC

| **João Pedro Ribeiro e Faria**  
IMEPAC

| **Luís Felipe Pimentel Abbade**  
IMEPAC

| **João Vitor Lobo Félix de Paula**  
IMEPAC

| **Danielle Elias Mendes**  
IMEPAC

| **Dannubio Luz de Carvalho**  
IMEPAC

| **João Marcos de Araújo Camargos**  
IMEPAC



# RESUMO

O Líquen Escleroso Vulvar (LEV) é uma patologia que acomete a região urogenital de mulheres em diferentes faixas etárias, ocasionando repercussões negativas no âmbito social, pessoal e sexual dessas pacientes. Correlacionado com o surgimento de placas escleróticas ou espessadas na região vulvar, essa patologia inclui diversos sintomas, como: disfunção sexual, queimação, prurido, lacerações, danos ao clitóris e aumenta a recorrência de câncer genital. Dessa forma, o presente trabalho objetiva revisar os métodos de tratamentos atuais para combater os principais sintomas associados ao LEV, analisando eficácia e eventos adversos, além de comparações entre as terapêuticas. As plataformas escolhidas para compor a pesquisa foram Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Cochrane e PubMed, nas quais elencaram-se critérios de inclusão e exclusão, e ao final de análise metodológica restaram 11 artigos para compor essa revisão integrativa da literatura (RIL). Após investigações e comparações, concluiu-se que o LEV é uma doença cujo os tratamentos estão sendo avaliados a partir do uso de corticosteroíde tópicos, laserterapia e terapia fotodinâmica (TFD). Por tanto, é essencial que seja discutido sobre os possíveis tratamentos para melhora dos sintomas do LEV, uma vez que tal patologia corrobora para impactos danosos na qualidade de vida das mulheres.

**Palavras-chave:** Vulvar Lichen Sclerosus, Drug Therapy, Efficacy.

## ■ INTRODUÇÃO

O Líquen Escleroso (LS) é definido como uma patologia inflamatória crônica, localizada principalmente na região anogenital e possui a etiologia desconhecida. Acomete diferentes idades, no entanto, sua prevalência é maior em mulheres na perimenopausa e pós menopausadas. Quando acomete a região vulvar, também pode ser chamado de Líquen Escleroso Vulvar (LEV). Dessa forma, o LEV atua diretamente na saúde da mulher e traz repercussões negativas, como perda da qualidade de vida e disfunções sexuais (ZHANG *et al.*, 2021). Essa doença é caracterizada pela presença de placas com coloração rosa-marfim que circunda o ânus e a vagina, podendo ser escleróticas ou espessadas (MAZZILLI *et al.*, 2018).

Assim, os principais fatores de risco que podem agravar as possibilidades de desenvolvimento de tal patologia, são as alterações hormonais, infecções recorrentes e traumas. O quadro clínico inclui diversas manifestações como: queimação, prurido, disfunção sexual, dispareunia, equimoses, lacerações, sepultamento do clitóris e se não tratado em tempo oportuno, pode ocasionar câncer urogenital (BIZJAK OGRINC *et al.*, 2019. ZHANG *et al.*, 2021). Além disso, nota-se que o diagnóstico de LEV é clínico, notado pela anamnese e exame físico, porém, os achados macroscópicos são importantes em casos de suspeita de alterações neoplásicas e resistência à terapia recomendada (MAZZILLI *et al.*, 2018).

Devido à etiologia desconhecida, essa patologia tem despertado o interesse de inúmeros profissionais na área da saúde da mulher, haja vista que o tratamento ainda não é definitivo e a falta de adesão à terapêutica faz com que se reduza a eficácia do mesmo. Portanto, o objetivo principal do tratamento, atualmente, é aliviar ou eliminar os sintomas, principalmente o prurido vulvar, auxiliando na melhora da qualidade de vida da mulher e não na cura da doença em si (ZHANG *et al.*, 2021).

No que concerne aos tipos de tratamentos, há divergências quanto a eficiência de cada um, podendo ser: pomadas de uso tópico de corticosteroide, estrogênio e até mesmo procedimentos cirúrgicos. A primeira escolha de método tradicional são os corticosteroides tópicos, hormônios (progesterona, estrogênio e testosterona), 5- Fluorouracil e ácido retinóico (ZHANG *et al.*, 2021).

Na recomendação da aplicação de corticosteroides tópicos, geralmente escolhidos como tratamento tradicional, utiliza-se os potentes ou ultrapotentes por três meses. Todavia, esse método não é curativo, sendo necessário a manutenção terapêutica no decorrer do tempo. Além disso, o uso de tais medicamentos pode ocasionar afinamento da pele a longo prazo, risco de atrofia, pigmentação da pele e nem todas as pacientes respondem positivamente ao mesmo (BIZJAK OGRINC *et al.*, 2019).

Além disso, outro tratamento muito visado são os procedimentos cirúrgicos, sendo geralmente utilizado para pacientes com hiperplasia atípica ou com maiores chances de malignidade. No entanto, esse método aumenta as possibilidades de infecção, dor e



reincidência da doença, não sendo empregados com frequência devido aos efeitos adversos (ZHANG *et al.*, 2021).

Ademais, outro procedimento que tem sido recomendado é a terapia fotodinâmica (TFD), que associa a radiação de luz juntamente com um agente fotossensibilizador, associado a fotobiomodulação. Essa terapia tem maiores chances de promover respostas imunomoduladoras no local em que foi aplicado e promover regressão de dermatoses crônicas (BELOTTO *et al.*, 2017).

Portanto, constata-se que o LEV é um problema de saúde pública e pouco conhecido, devido a etiologia e o tratamento ainda não confirmados. Inúmeras mulheres, em diferentes faixas etárias, são acometidas por essa patologia que influencia diretamente sua qualidade de vida e traz aspectos negativos para o seu desenvolvimento físico, social, psicológico e sexual. Atentando-se a esse fato, esse trabalho objetiva analisar as formas de tratamento até então sugeridas a fim de diminuir os efeitos do LEV, bem como comparar a efetividade dos métodos terapêuticos.

## ■ DESENVOLVIMENTO

### Metodologia

A estratégia metodológica utilizada para a construção deste texto foi a Revisão Integrativa de Literatura (RIL), que tem sido apontada como ferramenta ímpar no campo da saúde por ajudar a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). No primeiro momento desta RIL, identificou-se o tema, seguindo pela seleção da questão de pesquisa a partir da estratégia PICO, que representa um acrônimo para *Patient* (População/problema), *Intervention* (Intervenção), *Comparison/ Control* (Comparação) e *Outcomes* (resultados) (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Esta revisão objetiva responder: “Quais terapias são eficazes para tratar o LEV?”. A seguir, apresenta-se o Quadro 1, utilizado para compor a estratégia PICO.

**Quadro 1.** Estratégia PICO- População, Intervenção, Comparação e *Outcomes* (resultados).

| Critérios                    | Definições                                                   |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| População/problema           | Mulheres que possuem LEV                                     |
| Intervenções                 | Tratamentos existentes para LEV                              |
| Comparações                  | Sem comparação ou comparação entre os tratamentos existentes |
| <i>Outcomes</i> (resultados) | Eficácia do tratamento                                       |

Fonte: Autores, 2021.

Em seguida, determinou-se as bases de dados e estabeleceu-se critérios para inclusão e exclusão de estudos. Optou-se pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Cochrane e PubMed. Os critérios de inclusão foram texto completo grátis, publicação no período de 2016





a 2021 e artigos que contemplassem as terapêuticas utilizadas para LEV. Para os critérios de exclusão, foram considerados: artigos sem aderência com a temática e textos duplicados nas bases de dados. Os termos de busca foram derivados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), combinados em pares a partir da lógica booleana AND ou OR. Aplicaram-se os descritores “(Vulvar Lichen Sclerosus) AND (drug therapy) AND (efficacy)”.

Assim, iniciando a busca, foram identificadas 152 publicações, sendo 104 na BVS, 47 no PubMed e uma na Cochrane. Após leitura do título e do resumo, bem como avaliação dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, foram excluídas 135 publicações. Ao final, foram selecionadas 17 publicações para leitura na íntegra visando garantir maior confiabilidade do estudo a ser analisado nesta RIL. Destes, um texto foi excluído por duplicação em bases de dados e cinco eliminados após leitura, permanecendo 11 publicações, que contemplam a amostra final que compõem esta revisão. Para análise dos dados, foram feitos instrumentos no formato de quadro a partir do programa Microsoft Word®, que contemplavam: autores, ano de publicação, objetivos, tipo de estudo e resultados/conclusões.

## Resultados e discussões

Buscando melhor identificação dos 11 estudos que compõem esta revisão, construiu-se dois quadros com informações pertinentes aos artigos analisados.

**Quadro 2.** Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa de literatura: autores, ano de publicação, tipo de estudo e objetivos.

| N  | Autores                                    | Ano  | Tipo de estudo                                      | Objetivos                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|--------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | BIZJAK OGRINC, U. et al.                   | 2019 | Ensaio clínico randomizado                          | Avaliar a eficácia do tratamento com laser de neodímio comparando-o com o tratamento com corticosteroides tópicos.                                                                                                                               |
| 2  | ZHANG, F. et al.                           | 2021 | Ensaio clínico randomizado                          | Avaliar a eficácia da terapia fotodinâmica com ácido 5-aminolevulínico (ALA-PDT) no LEV refratário.                                                                                                                                              |
| 3  | BURKETT, L. S. et al.                      | 2021 | Ensaio clínico randomizado                          | Comparar os resultados de segurança e eficácia de 6 meses do laser de CO2 fracionado com propionato de clobetasol tópico (PC) (esteróide) para o tratamento do LEV sintomático.                                                                  |
| 4  | LI, Z. et al.                              | 2020 | Ensaio clínico randomizado                          | Avaliar os efeitos da ALA-PDT na melhora dos sintomas e na taxa de recorrência em pacientes com LEV e observar efeitos colaterais.                                                                                                               |
| 5  | GAJEWSKA, M.; JAGODZINSKA, A.; WIELGOS, M. | 2018 | Análise de material próprio e revisão da literatura | Avaliar a eficácia do Clobetasol no tratamento do LEV.                                                                                                                                                                                           |
| 6  | CORAZZA, M. et al.                         | 2018 | Ensaio clínico randomizado                          | Avaliar a eficácia, tolerabilidade e conveniência da formulação em creme de furoato de mometasona 0,1% (FMM) no tratamento do LEV ativo e comparar o creme com a formulação em pomada.                                                           |
| 7  | PRODROMIDOU, A. M. D. et al.               | 2018 | Revisão Sistemática                                 | Avaliar evidências da eficácia da terapia fotodinâmica (TFD) no LEV.                                                                                                                                                                             |
| 8  | OLEJEK, A. et al.                          | 2017 | Ensaio clínico randomizado                          | Observar a resposta clínica seguida por possíveis alterações nos níveis de anticorpos autoimunes antes e após a TFD para LEV.                                                                                                                    |
| 9  | OSIECKA, B. J. et al.                      | 2017 | Ensaio clínico randomizado                          | Avaliar a terapia fotodinâmica com luz verde no tratamento do LEV.                                                                                                                                                                               |
| 10 | SHI, L.                                    | 2016 | Ensaio clínico randomizado                          | Avaliar a eficácia da ALA-PDT para o tratamento do LEV e comparar sua eficácia com a do PC.                                                                                                                                                      |
| 11 | CORAZZA, M. et al.                         | 2016 | Ensaio clínico randomizado                          | Avaliar e comparar a eficácia e segurança de dois corticosteroides tópicos diferentes: pomada de PC e FMM, administrado duas vezes por semana como terapia de manutenção do LEV previamente estabilizado com um curso de corticosteroide tópico. |

Fonte: Autores, 2021.



**Quadro 3.** Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa de literatura: autores e resultados/conclusões.

| N | Autores                                    | Resultados/conclusões                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | BIZJAK OGRINC, U. et al.                   | A terapia com laser para LEV não demonstrou efeitos adversos e provocou desconforto mínimo ao paciente, apresentando melhor eficácia do que no grupo controle (corticosteroides tópicos). O desconforto com o laser foi em média 1,5 de 10 na escala visual analógica (instrumento utilizado para descrever intensidade de dor). No acompanhamento de 1 e 3 meses, os pacientes no grupo do laser tiveram melhora significativamente maior nos sintomas de LEV (queimação, coceira, dor e dispareunia), melhor satisfação do paciente e maior redução da esclerose do que os pacientes no grupo de corticosteroides tópicos. Logo, o uso do laser é uma boa opção para quem não responde aos corticosteroides tópicos ou àqueles que não desejam o uso de manutenção de corticosteroide em longo prazo.                                                                                                         |
| 2 | ZHANG, F. et al.                           | Antes do tratamento com ALA-PDT, as lesões vulvares de 21 pacientes eram mais de 60% da superfície vulvar, as lesões de sete pacientes eram 30% da superfície vulvar e as lesões de dois pacientes eram menos de 30% da superfície vulvar. Seis meses após o último tratamento, as lesões vulvares de todos os pacientes eram menos de 30%. Sendo que as lesões vulvares de 17 pacientes desapareceram quase ou completamente. Logo, tendo em vista que em seis meses as manifestações clínicas de todos os pacientes melhoraram significativamente, apoia-se o uso de ALA-PDT como uma terapêutica eficaz com poucos efeitos adversos para o tratamento de LEV, especialmente para pacientes com episódios recorrentes após terapia medicamentosa.                                                                                                                                                             |
| 3 | BURKETT, L. S. et al.                      | O tratamento com laser de CO2 fracionado mostrou melhora significativa nos sintomas subjetivos e medidas objetivas quando comparado ao PC (corticosteroide), sem efeitos adversos em seis meses. O grupo que não recebeu PC previamente teve uma melhora menor do que o grupo de uso anterior. Não houve eventos adversos durante o período de seis meses do estudo. O tratamento a laser foi bem tolerado no ambiente ambulatorial. Houve apenas um efeito adverso menor com o laser, que incluiu irritação, bolhas e queimação. Um paciente no grupo do PC teve ativação de herpes genital, uma semana após o início do tratamento, e o esteroide foi mantido até a resolução do episódio. Com seis meses de tratamento com o laser, os pacientes tiveram uma melhora maior dos sintomas e da avaliação visual do médico, quando avaliados com vários questionários validados para sintomas vulvares e saúde. |
| 4 | LI, Z. et al.                              | A taxa efetiva da ALA-PDT foi de 92,31%. As lesões reincidiram em dois pacientes seis meses após a terapia. Após o tratamento, os escores subjetivo total, objetivo total e Índice de Qualidade de Vida Dermatológica, obtiveram uma diferença estatisticamente significativa. mudando de 11,4, 4,3 e 13,4 no início do estudo para 4,9, 2 e 5,9, respectivamente. A TFD foi levemente tóxica na maioria dos pacientes. Entretanto, constatou-se que a ALA-PDT é um método seguro e eficaz para o tratamento do LEV. Os efeitos terapêuticos podem diminuir durante o período de 3 a 6 meses após a TFD.                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 5 | GAJEWSKA, M.; JAGODZINSKA, A.; WIELGOS, M. | O uso tópico de esteroides como drogas de primeira linha traz um bom controle local das lesões na maioria das mulheres. Em nove pacientes com terapia de três meses com clobetasol (corticosteroide), observaram-se redução dos sintomas. A melhora de lesões de pele foi obtida em sete pacientes. Após a terapia de manutenção com duração de quatro a doze meses, a recidiva dos sintomas foi observada em quatro mulheres e cinco não tiveram recidiva da doença. A pomada com testosterona foi aplicada em cinco mulheres. Duas mulheres tiveram baixa tolerância a esta droga. Dois pacientes interromperam o tratamento após um mês e após 11 meses de uso de testosterona devido à recidiva da doença. Um paciente com boa tolerância está atualmente continuando a terapia.                                                                                                                            |
| 6 | CORAZZA, M. et al.                         | A pomada FMM obteve uma melhora significativamente maior nos escores de sintomas quando comparada com a formulação em creme. 59,3% dos pacientes que usaram creme e 78,4% dos pacientes que usaram pomada foram considerados respondedores. O FMM na formulação em pomada parece ser mais eficaz no tratamento de VLS ativo em comparação com o creme FMM. Ambas as formulações são bem toleradas e não há diferença na adesão e melhora da qualidade de vida do paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 7 | PRODROMIDOU, A. M. D. et al.               | Apoia-se que a TFD resulta em alívio significativo dos sintomas relacionados ao LEV. Nenhum efeito adverso importante foi relatado durante a terapia e no período após o tratamento. A TFD parece promissora no tratamento de pacientes com LEV. No entanto, o conhecimento atual é extremamente limitado e mais estudos observacionais com grandes séries de pacientes são necessários na área para elucidar a eficácia da TFD.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 8 | OLEJEK, A. et al.                          | A TFD pode influenciar o estado imunológico de pacientes com LEV. Após a TFD, os pacientes mostraram uma atenuação significativa na intensidade dos sintomas, como prurido e desconforto vulvar. Após a terapia, 41% dos pacientes tiveram resposta parcial, 51% dos pacientes não apresentaram sintomas e 8% apresentaram sintomas persistentes ou agravados. As doenças autoimunes mais frequentes foram distúrbios da tireoide, seguidos de vitiligo e artrite. 57% dos pacientes com uma doença autoimune adicional antes da TFD tinham anticorpos antinúcleo (ANA). O nível médio de ANA neste grupo diminuiu significativamente após o tratamento com TFD (261,74 IU / ml antes vs. 123,20 IU / ml após o tratamento).                                                                                                                                                                                    |
| 9 | OSIECKA, B. J. et al.                      | Após o tratamento com TFD, foi observada uma melhoria significativa do estado local da lesão, bem como uma redução do sintoma principal (prurido). Nenhum paciente queixou-se de dor intensa durante as sessões que exigiram a interrupção da irradiação ou aplicação local de analgésicos, se necessário. Os resultados do uso de luz verde na TFD para lesões como a do LEV são muito promissores, mas requerem mais estudos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |



| N  | Autores            | Resultados/conclusões                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10 | SHI, L.            | A taxa de resposta completa no grupo de TFD foi o dobro do grupo de PC. Pontuações analógicas visuais horizontais indicaram que a TFD foi mais eficaz do que o PC. Os valores da escala de avaliação numérica da intensidade da dor para TFD foram entre 3,05 e 4,45. Um mês após a sessão final de TFD, apenas um paciente teve recidiva. Já acerca dos pacientes no grupo de PC, todos tiveram recidiva. AALA-PDT é uma opção bem tolerada e eficaz para o tratamento de LEV.                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 11 | CORAZZA, M. et al. | Ao final do estudo de 52 semanas, 2 (8,33%) indivíduos entre os pacientes com PC e 1 (4,17%) entre os pacientes com FMM experimentaram uma recaída. Dos pacientes que tiveram recidiva, o tempo médio de reaparecimento foi de 30 semanas. Nem as pontuações subjetivas nem objetivas mudaram significativamente durante a manutenção proativa entre os pacientes com PC e FMM. Nenhuma diferença significativa foi encontrada em qualquer um dos desfechos de eficácia avaliados entre PC e FMM. Ambos os tratamentos foram bem tolerados. A aplicação proativa do PC ultra-potente e do potente FMM foi considerada um tratamento de manutenção eficaz, seguro e adequado para o gerenciamento de longo prazo de LEV. Não houve diferença entre os dois corticosteróides. |

Fonte: Autores, 2021.

Os estudos mostraram que o LEV é uma patologia que acomete a região urogenital de inúmeras mulheres e que compromete significativamente a qualidade de vida das mesmas. Assim, por ser uma patologia de etiologia desconhecida, o tratamento ainda não é definitivo, sendo abordado, principalmente, a melhora dos sintomas em si. As escolhas terapêuticas para essa patologia estão em pauta para aqueles que estudam a saúde da mulher, o tratamento e a cura do LEV.

Por isso, vários artigos pautaram-se em analisar os benefícios de diferentes métodos de tratamentos, através de uso tópico de corticoides esteroides, procedimentos a laser e fototerapia. Nesse contexto, Gajewska, Jagodzinska e Wielgos (2018) apoiam o uso de corticosteroides tópicos como tratamento de primeira linha para mulheres que possuem LEV. No grupo amostral, nove mulheres foram submetidas ao uso de Clobetasol (corticosteróide analisado) por três meses e apresentaram respostas significativas na redução do quadro clínico; sete mulheres tiveram efetividade na melhora das lesões de pele. Todavia, após quatro a doze meses de terapia de manutenção, o grupo amostral teve um total de quatro mulheres com recorrência no quadro patológico e cinco não apresentaram sintomas característicos do LEV.

Quanto à análise do uso de laser como forma terapêutica, Bizjak Ogrin *et al.* (2019), avaliam a eficácia do tratamento com o laser de Neodímio comparando-o com o uso de corticosteróides tópicos. Nesse estudo, foi evidenciado que a terapia com laser não acarretou efeitos colaterais e o desconforto foi mínimo durante o procedimento, mostrando-se mais eficaz no grupo controle do que a corticoterapia tópica. Além disso, a amostra do estudo foi acompanhada durante 1 a 3 meses e os resultados foram melhores nos pacientes submetidos a laserterapia quando comparado aos demais, considerando-se a melhora dos sintomas principais de LEV.

Referente a utilização da terapia fotodinâmica (TFD), outra escolha muito utilizada para tratar o LEV, Zhang *et al.* (2021) retratam a eficácia desse método com terapia fotodinâmica







com ácido 5-aminolevulínico (ALA-PDT) a fim de tratar a doença que acomete pacientes de forma refratária. Esse estudo demonstrou eficiência após seis meses para a melhora nas manifestações clínicas recorrentes. Devido aos poucos efeitos colaterais, essa terapia é indicada principalmente para aqueles pacientes que possuem tal patologia de forma refratária e quando o uso de tratamentos tópicos não se mostra tão eficaz para melhora nos sintomas.

Ainda referente ao uso de ALA-PDT, Li *et al.* (2020) demonstraram que a efetividade do mesmo foi de 92,31% no grupo controle do estudo. Todavia, as lesões retornaram em dois pacientes após seis meses. Ao final, constatou-se que esse método foi mais eficaz para o tratamento de LEV, quando comparado à terapia tradicional de corticosteroide que teve um índice de leve toxicidade em alguns pacientes.

A fim de diminuir o uso de corticosteroides tópicos, Burkett *et al.* (2021) compararam a utilização dessa terapia com a laserterapia de CO<sup>2</sup> fracionado, sendo constatado que o laser é mais benéfico a longo prazo, não possuindo efeitos adversos no tempo de seis meses. Todavia, foi relatado que para aqueles que não foram submetidos a corticoterapia anterior, o efeito do laser refletiu em resultados mais satisfatórios.

Sobre a utilização do CO<sup>2</sup> fracionado, observou-se que poucos pacientes tiveram efeitos colaterais ao longo do tratamento, sendo esses: bolhas, queimação e irritação no local de incidência do laser. A respeito do resultado final, em todo grupo controle, apenas um paciente retornou ao uso de corticosteroide devido a proliferação de herpes genital no período de laserterapia, sendo necessário o uso desse medicamento tópico para melhora dos sintomas.

Corazza et al. (2016), ao abordarem o tema “Propionato de clobetasol vs. furoato de mometasona em terapia de manutenção proativa de 1 ano de líquen escleroso vulvar: resultados de um ensaio comparativo”, afirmaram que a pomada FMM teve maior eficácia com a sua fórmula em pomada que o uso no formato creme. Nesse estudo, ele avalia o grau de satisfação dos resultados perante o mesmo produto em diferentes formulações, bem como a adesão medicamentosa.

Prodromidou *et al.* (2018) defendem o uso da TFD para alívio do quadro clínico relacionado ao LEV. Dessa forma, em seu estudo, foi elencado que não houveram efeitos colaterais durante a fototerapia ou no pós tratamento da mesma. Reforçam que esse método é bastante eficaz para o tratamento de tais pacientes, todavia, ratificam a necessidade de maiores estudos utilizando esse método, a fim de comprovar a eficácia definitiva do mesmo.

Em confirmação, Olejek *et al.* (2017), em publicação nomeada de “Tratamento fotodinâmico no líquen escleroso - resultado clínico e imunológico com foco na avaliação de anticorpos antinucleares” afirmam que a TFD pode influenciar o sistema imunológico do paciente, uma vez que após a utilização deste, os pacientes tiveram uma diminuição significativa na amplitude dos sintomas característicos do LEV. Esse estudo discutiu sobre as doenças





autoimunes correlacionados com a manifestação do LEV na qual elencou-se, pelo grupo amostral, que as mais frequentes foram distúrbios de tireoide, vitiligo e artrite. Dessa forma, 57% dos pacientes que tinham doenças autoimunes previamente da TFD tinham anticorpos ANA e após o tratamento fotodinâmico o número destes diminuíram significativamente.

Referente a esse mesmo tratamento, Osiecka *et al.* (2017) reafirmam a melhora da lesão e redução efetiva dos sintomas, em especial o prurido. Assim, constata-se que o uso de TFD para lesões do LEV são promissoras por ser uma opção com bons resultados e sem efeitos colaterais durante as sessões, todavia requerem mais estudos.

Diante disso, Shi *et al.* (2016) no decorrer do seu estudo “Comparação da terapia fotodinâmica do ácido 5-aminolevulínico e do propionato de clobetasol no tratamento do líquen escleroso vulvar” comparam o uso do corticosteroide tópico PC com a utilização de TFD a base de ALA-PDT. O segundo, respectivamente, mostrou-se mais eficaz para a melhora dos sintomas e apenas um paciente teve recidiva após o período. Em contrapartida, todos os pacientes que fizeram uso de PC tiveram recidiva, confirmando que a ALA-PDT é uma boa alternativa para tratar de forma eficaz e com menores chances de reincidência.

Quanto à análise do uso de PC vs FMM, Corazza *et al.* (2016) destacam que a recidiva da doença foi maior no uso de PC, todavia não houve diferença significativa entre ambos, sendo os dois bem tolerados pelos pacientes que compuseram o grupo amostral.

Segundo os artigos analisados, é possível concluir que o LEV é uma doença muito dinâmica, na qual pacientes reagem de diferentes formas aos tratamentos. Apesar de existirem divergências a respeito do tratamento ideal para essa patologia, haja visto que a etiologia da mesma é desconhecida, é necessário maiores estudos para identificação de métodos terapêuticos que melhorem não apenas os sintomas, mas também possibilitem a cura. Acerca do conhecimento sobre as repercussões negativas na qualidade de vida daquelas que possuem LEV, devido a intensidade dos sintomas, torna-se importante ratificar a imprescindibilidade de novos estudos, aconselhando a equipe de saúde a desempenhar um atendimento humanizado, a fim de proporcionar maior adesão ao tratamento e orientação adequada.

## ■ CONCLUSÃO

O LEV afeta diretamente a qualidade de vida de inúmeras mulheres, em diferentes faixas etárias. Como relatado no presente trabalho, essa doença corrobora com impactos danosos à vida social, psicológica, sexual e física dessas pacientes.

Assim, o presente trabalho buscou realizar uma Revisão Integrativa da Literatura que abordasse de forma minuciosa e coesa os aspectos associados ao LEV e o tratamento da mesma. Com isso, concluiu-se que o LEV é uma doença cujo os tratamentos estão sendo avaliados a partir do uso de corticosteroide tópicos, laserterapia e terapia fotodinâmica





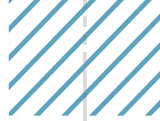
(TFD). O intuito principal é a atenuação dos sintomas característicos, entre eles: prurido, lesões de pele e irritação, tendo em vista que a cura da doença está intrinsecamente ligada a novas descobertas a respeito do LEV. Ainda não há uma hierarquia definitiva acerca da eficácia das terapêuticas, mas percebeu-se que todas foram efetivas, algumas com maiores taxas de sucesso.

Por fim, Brasil (2009) definiu pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes, a importância da humanização e qualidade da atenção em saúde a fim de efeitos positivos na resolução dos problemas identificados, satisfação das usuárias, identificação das suas necessidades e promoção do autocuidado. Nesse sentido, a busca pela saúde da mulher está associada à qualidade de vida em diversos âmbitos, por isso, a importância da identificação do tratamento eficaz para o LEV e atenuação dos sintomas são reforçados pelo presente estudo.

## ■ REFERÊNCIAS

1. BELOTTO, R. A. et al. Comparação terapêutica entre tratamentos para Líquen Escleroso Vulvar: protocolo de estudo de um ensaio prospectivo e controlado randomizado. **BMC Womens Health**, v. 17, n. 1, p. 61, 2017.
2. BIZJAK, O. U. et al. Eficácia da terapia a laser não ablativa para líquen escleroso: um ensaio clínico randomizado. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Canadá, v. 41, n. 12, p. 1717-1725, 2019.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**/ MS. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
4. BURKETT, L. S et al. Clobetasol em comparação ao laser de dióxido de carbono fracionado para líquen escleroso. **Obstetrícia e Ginecologia**, v. 137, 6 ed., p.968-978, 2021.
5. CORAZZA, M. et al. Furoato de mometasona no tratamento do líquen escleroso vulvar: sua formulação pode influenciar a eficácia, tolerabilidade e adesão ao tratamento? **Journal Dermatolog Treat**, v. 29, n. 3, p. 305-309, 2018.
6. CORAZZA, M. et al. Propionato de clobetasol vs. furoato de mometasona em terapia de manutenção proativa de 1 ano de líquen escleroso vulvar: resultados de um ensaio comparativo. **J Eur Acad Dermatol Venereol**, v. 30, n. 6, p. 956-961, 2016.
7. GAJEWSKA, M.; JAGODZINSKA, A.; WIELGOS, M. Avaliação da eficácia do tratamento do líquen escleroso e atrófico vulvar: análise de material próprio e revisão da literatura. **Neuro Endocrinol Lett**, v. 39, n. 5, p. 417-421, 2018.
8. LI, Z. et al. Avaliação da eficácia da terapia fotodinâmica com ácido 5-aminolevulínico para o tratamento do líquen escleroso vulvar. **Photodiagnosis and Photodynamic Therapy**, v. 29, 2020.





9. OLEJEK, A. et al. Tratamento fotodinâmico no líquen escleroso - resultado clínico e imunológico com foco na avaliação de anticorpos antinucleares. **Photodiagnosis and Photodynamic Therapy**, v. 18, p. 128-132, 2017.
10. OSIECKA, B. J. et al. Terapia fotodinâmica com luz verde no tratamento do líquen escleroso vulvar - Resultados preliminares. **Photodiagnosis Photodyn Ther**, v. 17, p.185-187, 2017.
11. MAZZILLI, S. et al. Pomada de tacrolimus 0,03% para tratamento do líquen escleroso pediátrico: série de casos e revisão da literatura. *J Int Med Res.*, v. 46, n. 9, p. 3724-3728, 2018.
12. PRODROMIDOU, A. M. D. et al. Terapia fotodinâmica para líquen escleroso vulvar - uma revisão sistemática. **Revista de Doenças do Trato Genital Inferior**, v. 22, 1 ed., p. 58-65, 2018.
13. SANTOS, C. M. D. C.; PIMENTA, C. A. D. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508–511, 2007.
14. SHI, L. et al. Comparação da terapia fotodinâmica do ácido 5-aminolevulínico e do propionato de clobetasol no tratamento do líquen escleroso vulvar. **Acta Derm Venereol**, v. 96, n. 5, p. 684-688, 2016.
15. SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é? Como fazer isso?. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.
16. ZHANG, F. et al. Eficácia do ácido 5-aminolevulínico (ALA) -terapia fotodinâmica (PDT) no líquen escleroso vulvar refratário: resultados preliminares. **Medical Science Monitor**, v. 7, 2021.



# Estudo comparativo das técnicas de MLPA e cariótipo em recém-nascidos com suspeita de anomalias congênitas

**Aline Ximenes Fragoso**  
MULTIVIX

**Larissa Souza Mario Bueno**  
HINSG

**Hector Yuri Conti Wanderley**  
HINSG

**Vera Maia**  
UFES

**Maria do Carmo de Souza Rodrigues**  
HUCAM/UFES

**Maria Rita Passos-Bueno**  
IB - USP

**Maria Regina Galvêas de Oliveira  
Rebouças**  
HINSG E UVV

**Eliete Rabbi Bortolini**  
FAESA

**Andrea Lube Antunes de São Thiago  
Pereira**  
HSC/EMESCAM

**Flavia Imbroisi Valle Errera**  
UFES

# RESUMO

As anomalias congênitas (AC) são decorrentes de alterações da estrutura, função ou metabolismo presentes ao nascimento que resultam em anomalias físicas e mentais, simples ou múltiplas e de maior ou menor importância clínica. As AC são a segunda causa de mortalidade infantil no Brasil, na região Sudeste e no Espírito Santo, atingindo neste último, 26,36% a partir do ano de 2010. Estudos prévios em perdas gestacionais e em pacientes com AC mostraram que a análise molecular por *Multiplex ligation-dependent probe amplification* - MLPA oferece diversas vantagens sobre as técnicas existentes, como o cariótipo. Assim, o objetivo deste trabalho foi comparar os resultados do Cariótipo ( banda G) com os de MLPA, verificar a sensibilidade de ambos os testes e a relação desses exames genéticos alterados com as AC identificadas nos recém-nascidos (RN) nas maternidades dos Hospitais Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) e Santa Casa de Vitória (HSCMV). A presença de AC nos RN foi avaliada por meio de estudo prospectivo realizado nas duas maternidades dos dois Hospitais escola de Vitória- ES. As puérperas que consentiram em participar foram entrevistadas e o RN foi submetido a uma avaliação dismorfológica detalhada seguindo o Protocolo de Merks *et al.*, com modificações. Os RN que apresentavam pelo menos uma anomalia maior, com ou sem anomalias menores, ou ao menos três anomalias menores, foram encaminhados ao Serviço de Genética para avaliação clínica específica, diagnóstico, aconselhamento genético e acompanhamento de pacientes e familiares. Testes de cariótipo e MLPA foram solicitados quando necessário. Um total de 2.299 RN avaliados, dos quais 20 foram incluídos na comparação. Desses 20 RN, 30% (6/20) apresentaram resultados alterados nas técnicas de MLPA e/ ou Cariótipo, 25% (5/20) apenas no MLPA e 15% (3/20) no cariótipo. Dentre os resultados alterados 50% (3/6) são de etiologia gênica (duplicação do SHOX, deleção do JAG 1 e deleção do 10q26.2-q2) e 50% (3/6) cromossômica (trissomia do 18, trissomia do 21 e inversão do cromossomo 9). Para identificação da etiologia das anomalias gênicas, a técnica de MLPA mostrou-se mais sensível que o cariótipo.

**Palavras-chave:** Anomalias Congênitas, Diagnóstico, Triage, Cariótipo, MLPA.



## ■ INTRODUÇÃO

Estima-se que cerca de 15% de todas as gestações reconhecidas terminem em aborto e 3 a 5% de todos os nascidos vivos apresentam algum defeito congênito (KALTER E WARKANY, 1983; BAIRD *et al.*, 1984). A Organização Pan-Americana de Saúde define defeitos congênitos como toda anomalia funcional ou estrutural do desenvolvimento do feto, originado antes do nascimento, de causa genética, ambiental ou desconhecida, mesmo quando o defeito não seja aparente no recém-nascido e só se manifeste mais tarde (OPAS, 1984). De acordo com Kingston, (1989) os defeitos congênitos são alterações estruturais primárias que ocorrem durante o desenvolvimento de um órgão ou tecido, enquanto Stevenson (2006) define como resultado de processos patológicos durante o período embrionário sejam eles intrínsecos ou extrínsecos ao conceito. As anomalias estruturais são subdivididas em deformações, disrupções, displasias e malformações. Nesse trabalho serão tratadas como anomalias congênitas (AC).

As AC compreendem todos os tipos de processos fetais e embrionários que levam à presença de anomalias estruturais ao nascimento. Podem ter etiologia genéticas (alterações gênicas, cromossômicas numéricas e estruturais), ambientais (teratógenos biológicos, químicos e físicos) ou a combinação de ambas (multifatoriais), e resultam de processos anormais durante a organogênese, a qual se completa até 8 semanas de gestação (STEVENSON, 2006).

Merk's *et al.*, (2003) classifica as AC, de acordo com sua patogênese, em anormalidades e variantes menores. São consideradas AC maiores aquelas que têm efeito adverso sobre a aceitabilidade funcional e social do indivíduo e AC menores aquelas que têm pouco efeito sobre o funcionamento normal do indivíduo afetado. A presença de duas ou mais anomalias menores é indicação de que múltiplas AC, um defeito maior ou síndrome possam estar presentes.

Aproximadamente 15% dos recém-nascidos possuem uma ou mais AC estruturais menores (STEVENSON, 2006). As anomalias menores são importantes porque possibilitam o diagnóstico de uma síndrome específica ou distúrbio específico com múltiplas anomalias. As variantes menores ou defeitos da morfogênese, por sua vez, são classificadas em variante comum com prevalência maior que 4% e anomalias menores com prevalência igual ou menor que 4% (MERK'S *et al.*, 2003).

A incidência de anomalias maiores é de 2,1 a 6,8% e de anomalias menores de 7,36 a 40,7%, variando de acordo com as regiões geográficas e autores (STEVENSON, 2006). As AC são a segunda causa de mortalidade infantil no Brasil, na região Sudeste e no Espírito Santo, e atingiram 26,36%, no ano de 2010 (DATASUS, SESA).



O Diagnóstico das AC requer, em muitos casos, exames específicos. Um deles é o cariótipo com bandeamento cromossômico do tipo G, muito utilizado para detecção de anormalias cromossômicas estruturais e/ou numéricas (BULLA *et al.*, 2014). Outro método é o *Multiplex ligation-dependent probe amplification* – MLPA (STUPPIA *et al.*, 2012).

O MLPA é um método mais recente, com início de utilização há duas décadas. É considerado de alta resolução para detecção de variações no número de cópias em sequências de DNA (SCHOUTEN *et al.*, 2002, *apud* BUNYAN *et al.*, 2004). Detecta números de cópias anormais superiores a cinquenta sequências diferentes de DNA ou RNA genômicos. Segundo Schouten *et al.*, (2002), aplicações desta técnica incluem a detecção de deleções e duplicações em *exons* nos genes humanos, a detecção de trissomias, a caracterização de alterações cromossômicas em linhagens celulares e amostras de tumores e a detecção de mutação em sequências que diferem por apenas um nucleotídeo. As evidências sugerem que o MLPA oferece vantagens sobre as técnicas existentes (TAYLOR, 2003, *apud* BUNYAN *et al.*, 2004). A inclusão do MLPA em cenários clínicos, portanto, pode aumentar significativamente o índice de detecção de muitas desordens genéticas.

Sendo assim, o objetivo do presente trabalho foi comparar os resultados do Cariótipo (Banda G) com os de MLPA, verificar a sensibilidade de ambos os testes e a relação dos resultados dos testes, com as AC encontradas em recém-nascidos (RN) nas maternidades dos Hospitais Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) e Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV).

## ■ MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho foi aprovado pelo comitê de ética da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (Emescam), sob o número 148/2010 e a concordância quanto à participação voluntária foi manifestada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos responsáveis.

Os RN foram avaliados 24 horas após o nascimento por médicos neonatologistas, pediatras e geneticistas. Aqueles com uma anomalia maior ou com três ou mais anomalias menores ou a associação destas foram encaminhados para avaliação dos médicos geneticistas no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória e quando necessário, solicitação de coleta de material biológico para estudo do cariótipo e MLPA. Todas as variáveis clínicas, sociodemográficas e exames genéticos coletados, foram armazenados em um banco de dados.

Para análise do cariótipo, foram coletados 2 ml de sangue em heparina, colocados em meio de cultura por 72 horas. Solução de colchicina foi utilizada para o bloqueio metafásico e obtenção de células em metáfase. Após 72 horas as células foram colocadas em solução hipotônica para exposição dos cromossomos nas lâminas. Na etapa seguinte, os





cromossomos foram tratados com a enzima tripsina, que desnatura as proteínas cromossômicas, e corados com corante Giemsa. O Giemsa é absorvido diferencialmente por partes dos cromossomos, produzindo bandas características que ajudam a identificar cada cromossomo. As bandas escuras caracterizam-se por regiões ricas em bases A e T (poucos genes ativos), e as bandas claras por regiões ricas em bases G e C (muitos genes ativos). Por fim os cromossomos foram analisados em microscópio e por meio de fotomicrografias e as alterações cromossômicas classificadas de acordo com International System for Human Cytogenetic Nomenclature – ISCN (2009).

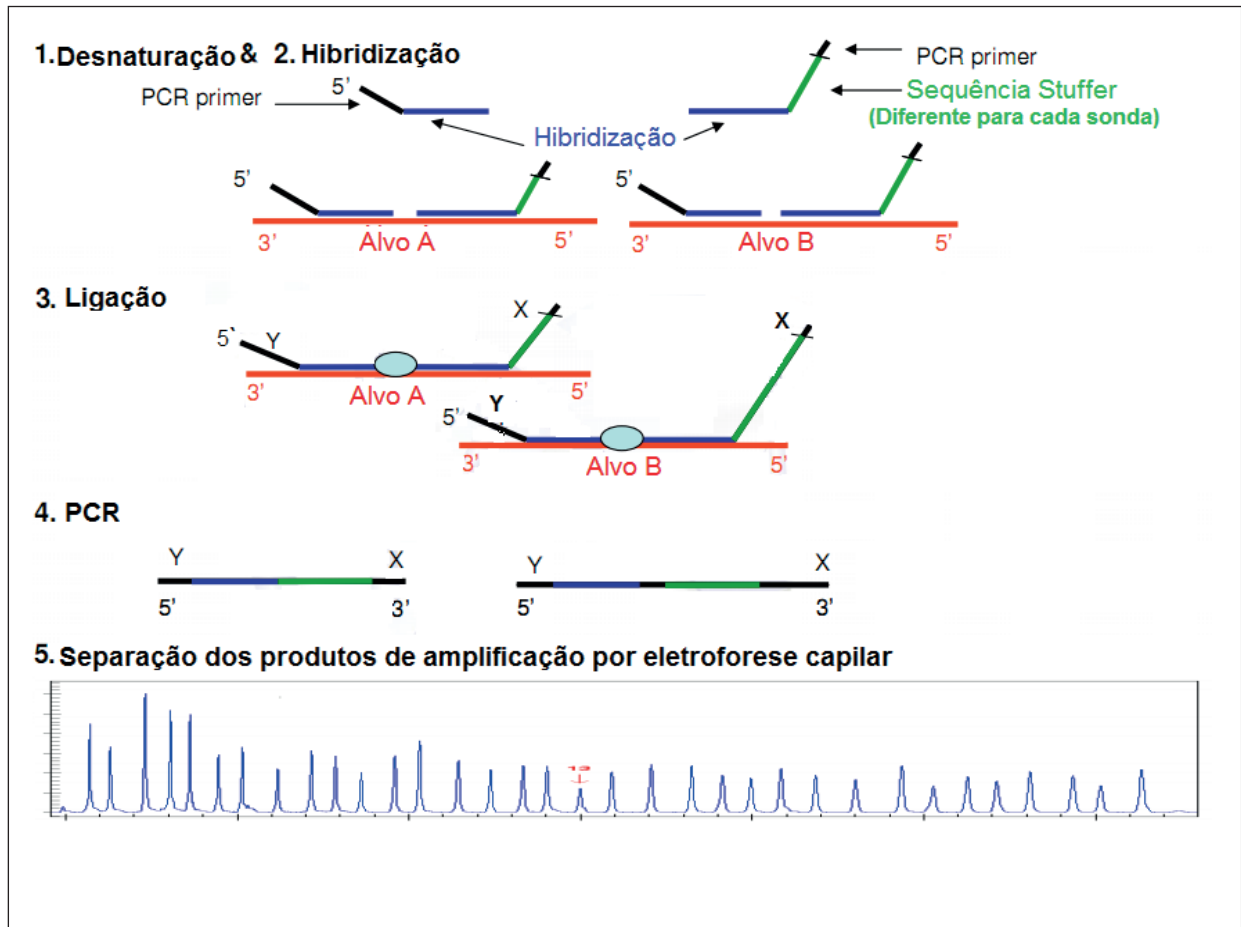
Para o *Multiplex Ligation Dependent Probe Amplification* (MLPA), o DNA foi isolado a partir de 2ml de sangue periférico utilizando Kit *QIAamp DNA blood mini Kit* (Qiagen), conforme instruções do fabricante. Posteriormente o DNA foi quantificado no espectrofotômetro Thermo Scientific NanoDrop™ 1000®, com razões 260/280 entre 1,8 e 2,1 e submetido à amplificação.

A técnica de MLPA é realizada em um termociclador e submetidos à eletroforese capilar. Podem ser analisadas até 96 amostras por vez e os resultados ficam disponíveis em 24 horas. Foram utilizados três kits de MLPA, dois que contêm sondas para detecção de deleções e duplicações subteloméricas em todos os cromossomos humanos (kit P036 e kit P070) e um com sondas para a detecção de microdeleções nas regiões associadas às diversas síndromes (kit P064). Essas sondas, consistem em dois oligonucleotídeos separados, cada um contendo uma das sequências de bases complementares aos *primers* da PCR e uma sequência *Stuffer* (sequência de DNA de comprimento diferente para cada sonda que permite a diferenciação na eletroforese).

Na reação de MLPA, o DNA foi inicialmente desnaturado e incubado por 12 horas com uma mistura das sondas de MLPA (kits P036, P070 e P064). Essas sondas se ligam imediatamente à sequência de DNA alvo (Hibridização - Figura 1 – etapa 1 e 2). Após essa etapa ocorre a reação de ligação, onde as sondas hibridizadas com o DNA em estudo são unidas (Figura 1 – etapa 3). Em seguida, as sondas são amplificadas exponencialmente pela reação em cadeia da polimerase (PCR) (Figura 1 – etapa 4). Para que ocorra a amplificação do segmento de oligonucleotídeos das sondas, ambas deverão se hibridizar com o DNA em estudo (alvo). As sondas que não se ligam ao DNA alvo, não são amplificadas. Os produtos da amplificação são separados por eletroforese capilar, gerando dados na forma de eletroferograma (Figura 1- etapa 5). Os produtos de amplificação são comparados com uma amostra de DNA controle, que vão refletir relativamente sequências alvo com alterações (Figura 2).

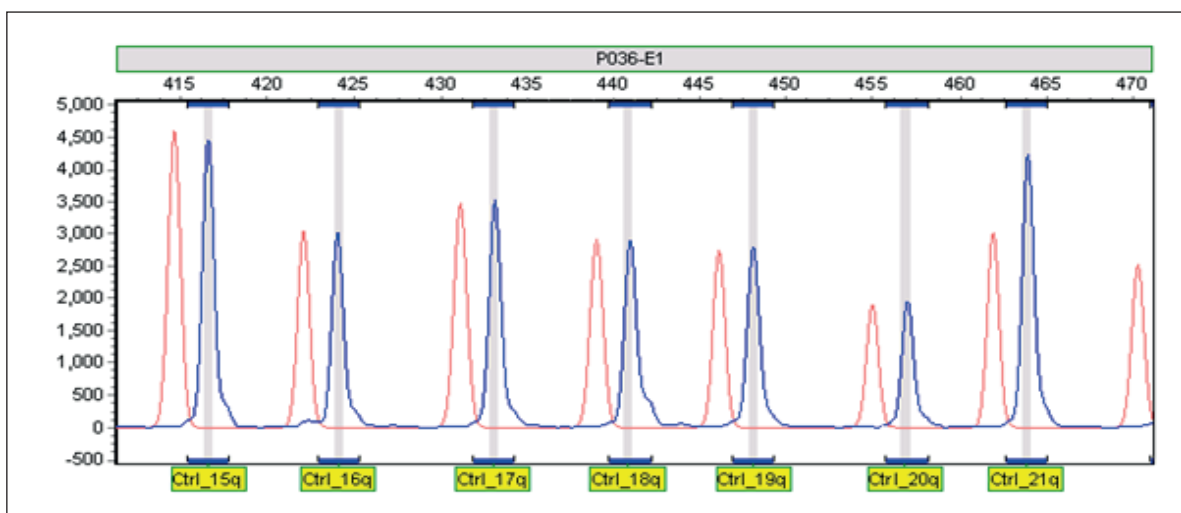


Figura 1. Etapas do MLPA.



Fonte: <http://www.mlpa.com/WebForms/WebFormMain.aspx>

Figura 2. Duplicações nas Regiões Subtelom ricas do Cromossomo 21.



Fonte: Centro de Estudos do Genoma Humano – USP

Foram realizadas análises de estatística descritiva e teste de sensibilidade e especificidade utilizando o programa GraphPad Prism, versão 5.0 (2007).

## ■ RESULTADOS

Foram avaliados 20 RN atendidos nas maternidades participantes da pesquisa. Em relação ao gênero, 60% (12/20) foram do sexo masculino e 40% (8/20) foram do sexo feminino. A média da idade gestacional foi de  $267 \pm 17$  dias (~38 semanas), o perímetro cefálico de  $33,8\text{cm} \pm 1,93$ , comprimento  $47,46\text{cm} \pm 1,95$ , peso  $3029\text{g} \pm 657,7$ . Apgar de 8 foi obtido por 41,17%, de 9 por 52,94% e de 10 por 5,88%. As idades maternas estão entre 15 e 44 anos com média de 29 ( $\pm 10,18$ ) e as idades paternas estão entre 18 e 87 anos com média de 34 ( $\pm 16$ ) anos. O Cariótipo e o MLPA apresentaram-se alterados em 40% (6/20) pacientes sendo 4 do sexo masculino e 2 do sexo feminino e sem alteração em 60% (14/20), sendo 7 pacientes 46, XY e 7 pacientes 46, XX (Tabela 1 e 2). A descrição clínica, os resultados dos testes genéticos e o diagnóstico estão descritos na Tabelas 3. Na comparação dos resultados de MLPA e Cariótipo, o teste de MLPA apresentou sensibilidade de 83% (IC 0,35-0,99) e o Cariótipo de 50% (IC 0,11-0,88). A especificidade de ambos os testes foi de 100%.

**Tabela 1. Resultados de exames genéticos dos RN e concordância entre os resultados do MLPA e do Cariótipo.**

| PACIENTES | SEXO | N | CARIÓTIPO       | MLPA                                                                        | CONCORDÂNCIA |
|-----------|------|---|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1 a 7     | M    | 7 | 46, XY          | Sem Alteração                                                               | Sim          |
| 8 a 14    | F    | 7 | 46, XX          | Sem Alteração                                                               | Sim          |
| 15        | M    | 1 | 47, XY, +18     | Duplicação: 18q23 e 18q11.32                                                | Sim          |
| 16        | F    | 1 | 46, XX          | Deleção: 10q26.2-q26.3                                                      | Não          |
| 17        | M    | 1 | 46, XY, inv(9)* | Sem Alteração                                                               | Não          |
| 18        | F    | 1 | 46, XX          | Heterozigose para deleção de 01 sonda na região 20p12.2 (gene <i>JAG1</i> ) | Não          |
| 19        | M    | 1 | 47, XY, +21     | Duplicação: 21q11.2 e 21q22.3                                               | Sim          |
| 20        | M    | 1 | 46, XY          | Duplicação do gene <i>SHOX</i>                                              | Não          |

\*Variante Normal, N = nº de pacientes.

**Tabela 2.** Descrição clínica e resultados alterados dos exames genéticos nos RN e tipos de Anomalias Congênitas.

| PACIENTES | SEXO | ANOMALIA MENOR                                                                                                                     | ANOMALIA MAIOR                        | CARIÓTIPO       | MLPA                                                                |
|-----------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------|
| 15        | M    | Palato Alto, Orelhas Displásicas e com implantação baixa e Pênis Pequeno                                                           | -                                     | 47, XY, +18     | Duplicação: 18q23 e 18q11.32                                        |
| 16        | F    | Dolicocefalia, Assimetria Facial, Fronte com estreitamento, Fissuras palpebrais curtas, Diástase de reto abdominal e Escafocefalia | Microtia                              | 46, XX          | Deleção: 10q26.2-26.3                                               |
| 17        | M    | Hemangioma Plano, Orelhas com implantação baixa e Palato alto                                                                      | Sobreposição dedos das mãos           | 46, XY, inv(9)* | Sem Alteração                                                       |
| 18        | F    | Hipotelorismo ocular                                                                                                               | Antebraço ausente e Ausência de dedos | 46, XX          | Heterozigose para deleção de 01 sonda na região 20p12.2 (gene JAG1) |
| 19        | M    | Dedos longos                                                                                                                       | Hipospadia                            | 47, XY, +21     | Duplicação: 21q11.2 e 21q22.3                                       |
| 20        | M    | Orelhas rotadas posteriormente e Diástase de reto abdominal                                                                        | —                                     | 46, XY          | Duplicação do gene SHOX                                             |

\*Variante Normal.

**Tabela 3.** Pacientes com diagnóstico concluído e CID adequado.

| PACIENTES | SEXO | ANOMALIA MENOR                                                                                                                     | ANOMALIA MAIOR                         | CARIÓTIPO   | MLPA                                                   | DIAGNÓSTICO                                                         | CID   |
|-----------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------|
| 1         | M    | Fácies grosseira, Filtro Longo e Orelhas displásicas                                                                               | Excesso de dobras na pele              | 46, XY      | Sem Alteração                                          | Síndrome de Beckwith-Wiedemann                                      | Q87.3 |
| 2         | M    | Diástase de Retos Abdominais                                                                                                       | Microtia                               | 46, XY      | Sem Alteração                                          | Microtia, atresia de esôfago e defeito vertebral                    | Q87   |
| 3         | M    | Hemangioma capilar                                                                                                                 | 1 artéria e 1 veia em cordão umbilical | 46, XY      | Sem Alteração                                          | Artéria Umbilical Única Isolada                                     | Q27.0 |
| 8         | M    | Diástase de Retos Abdominais                                                                                                       | Apêndice pré-auricular unilateral      | 46, XX      | Sem Alteração                                          | Espectro óculo-auriculo-vertebral - Síndrome de Goldenhar           | Q87   |
| 15        | M    | Palato Alto, Orelhas Displásicas e com implantação baixa e Pênis Pequeno                                                           | —                                      | 47, XY, +18 | Duplicação: 18q23 e 18q11.32                           | Trissomia do 18                                                     | Q91.2 |
| 16        | F    | Dolicocefalia, Assimetria Facial, Fronte com estreitamento, Fissuras palpebrais curtas, Diástase de reto abdominal e Escafocefalia | Microtia                               | 46, XX      | Deleção: 10q26.2-q2                                    | Deleção do 10q26.2-q2                                               | Q75   |
| 18        | F    | Hipotelorismo ocular                                                                                                               | Antebraço ausente e Ausência de dedos  | 46, XX      | Heterozigose de 01 sonda na região 20p12.2 (gene JAG1) | Redução do membro superior esquerdo - Síndrome de Alagille          | Q71   |
| 19        | M    | Dedos Longos                                                                                                                       | Hipospadia                             | 47, XY, +21 | Duplicação: 21q11.2 e 21q22.3                          | Trissomia do 21                                                     | Q90   |
| 20        | M    | Orelhas rotadas posteriormente e Diástase de reto abdominal                                                                        | —                                      | 46, XY      | Duplicação do gene SHOX                                | Encurtamento fêmur à esquerda, secundário a duplicação no gene SHOX | Q74.9 |



## ■ DISCUSSÃO

Em geral, 5% ou mais dos nascidos vivos apresentam alguma anomalia do desenvolvimento, determinada na totalidade ou parcialmente por fatores genéticos (HOROVITZ *et al.*, 2005). A incidência de AC varia de acordo com o momento da avaliação (nascimento, dias após, seguimento ambulatorial), técnica de reconhecimento das malformações congênitas e do avaliador (RAMOS, 1981).

Nos RN avaliados não foi observada diferença significativa entre os gêneros. A média da idade gestacional, o perímetro cefálico, peso e Apgar, estão dentro da normalidade (BECK *et al.*, 2010). No entanto, o comprimento está 4cm abaixo do percentil normal (KLIEGMAN, *et al.*, 2005). A idade materna está entre 15 e 44 anos e a paterna entre 18 e 87 anos. Estudo semelhante realizado por Oliveira *et al.* (2011), relatou idade materna entre 13 e 46 anos e paterna entre 17 e 51 anos.

A técnica de MLPA tem sido aceita em laboratórios de diagnósticos de condições geneticamente determinadas, devido à sua simplicidade, custo relativamente baixo e rapidez (BUNYAN *et al.*, 2004; ZHI, 2010; YAN *et al.*, 2011). É menos trabalhosa, de fácil execução e pode ser utilizada em DNA purificado. Além disso, evita o gasto desnecessário de DNA, pois não são as sequências de DNA alvo que são amplificadas, mas sondas de MLPA que hibridizam à sequência alvo, uma vantagem muito importante quando o paciente é RN.

Neste estudo 75% (15/20) dos RN que fizeram o exame de MLPA, mostraram resultados normais enquanto 25% (5/20) mostraram resultado alterado (Tabela 1). Dentre aqueles com resultados alterados 60% (3/5 – Paciente 16, 18, 20) apresentaram alterações gênicas e 40% (2/5 – Paciente 15 e 19) cromossômicas (Tabela 1, 2 e 3). Dos pacientes com resultado normal, 13,33% (2/15) apresentaram apenas anomalias menores, 13,33% (2/15) apresentaram apenas anomalias maiores e 73,33% (11/15) apresentaram ambos os tipos. Dos 5 pacientes com resultados alterados, 40% (2/5) apresentaram apenas anomalias menores e 60% (3/5) apresentaram ambas as anomalias (Tabela 2 e 3). Dentre os RN que apresentaram alterações gênicas, destacam-se a duplicação do gene *SHOX*, a heterozigose na região 20p12.2 (gene *JAG1*) e a deleção na região 10q26.2-q26.3 (FARIA *et al.*, 2016). Dentre as alterações cromossômicas foram encontradas, duplicação das regiões 18q23 e 18q11.32 (Trissomia do 18) e da região 21q11.2 e 21q22.3 (Trissomia do 21).

O gene *JAG1*, relacionado com a Síndrome de Alagille, juntamente com o gene *NOTCH1*, desencadeiam uma cascata de clivagem proteolítica, permitindo ativar a transcrição de fatores que desempenham papéis fundamentais na diferenciação celular e morfogênese, principalmente do coração, fígado, olhos e coluna vertebral (GUARNACCIA *et al.*, 2009). Localizado no cromossomo 20, ocupa aproximadamente 36Kb e possui 26 exons (ODA *et al.* 1997). A expressividade é altamente variável e alterações no gene *JAG1* levam



a alterações multissistêmicas definida clinicamente por anomalias no fígado, coração, olhos, face e esqueleto (MCDANIELL *et al.*, 2006). O paciente com essa síndrome (nº18) apresenta ausência de antebraço, dedos e hipotelorismo ocular (Tabela 2).

O gene *SHOX* ocupa aproximadamente 40Kb na região pseudoautosômica (*PAR-1*) no braço curto do cromossomo X, possui 7 exons e é fundamental na determinação da estatura normal. Para o crescimento normal são necessárias duas cópias funcionais do gene *SHOX* e tanto a diminuição quanto o aumento no número de cópias, estão relacionadas à alteração no crescimento (RAO *et al.* 1997, BINDER *et al.*, 2001). Jorge *et al.*, (2007) estudando pacientes com baixa estatura idiopática e com Discondrosteose de Léri-Weill (LWD) relataram deleções e mutações de ponto no gene *SHOX*. Lima *et al.*, (2008), encontraram deleção nesse gene em uma paciente com LWD. A maioria dos dados da literatura refere-se à deleção no gene *SHOX* como causa de baixa estatura nos diversos pacientes com Síndrome de Turner, LWD e baixa estatura idiopática. No entanto as duplicações nesse gene ainda são pouco estudadas. A alteração do gene *SHOX* encontrada no presente trabalho, refere-se a uma duplicação e o paciente apresentou ao nascimento, calcanhar esquerdo proeminente, orelhas rotadas posteriormente e diástase de retos abdominais. Avaliação posterior mostrou estatura elevada. Essa característica também foi observada por Benito-Sanz *et al.* (2011).

A deleção na região 10q26.2-q26.3 foi encontrada no paciente 16 que apresentou ao nascimento microtia, dolicocefalia, assimetria facial, fronte com estreitamento, fissuras palpebrais curtas, retrognatia, hipotonia, diástase de reto abdominal e escafocefalia (Tabela 2) (FARIA *et al.*, 2016). McGillivray *et al.* (2005) relataram craniossinostose em 11 membros de uma mesma família, em 3 gerações, caracterizada por escafocefalia, macrocefalia, hipertelorismo, retrusão maxilar e deficiência mental leve. A deleção familiar foi caracterizada por herança autossômica dominante. Ainda, segundo os autores, este foi o primeiro relato de uma alteração em uma síndrome de craniossinostose, com predominância de escafocefalia. Nesse sentido, o paciente apresentado neste artigo é o segundo relato com craniossinostose e escafocefalia.

O cariótipo com bandeamento G é uma técnica muito útil para identificar desequilíbrios genômicos patogênicos, no entanto, na maioria das vezes não consegue detectar rearranjos cromossômicos submicroscópicos (MELONI, 2012). Neste estudo, 85% (17/20) dos RN apresentaram resultados normais e 15% (3/20) alterados. Dentre os pacientes com resultados alterados, 33,33% (1/3) apresentaram apenas AC menores enquanto 66,66% (2/3) apresentaram a combinação de AC maiores e menores. Dos resultados sem alteração, 17,64% (3/17) apresentaram apenas AC menores, 17,64% (3/17) apenas AC maiores e 64,70% (11/17) a combinação de ambas. Um desses pacientes possui inversão do cromossomo 9, que é uma variante polimórfica (CEYLAN *et al.*, 2008).





Ao comparar os resultados obtidos por MLPA e cariótipo, verificou-se que 80% (16/20) foram concordantes tanto para resultados alterados 12,5% (2/16), quanto para sem alteração 87,5% (14/16). As alterações gênicas e cromossômica (inversão) constituem a classe de discordantes (4/20- 20%) (Tabela 2). Dentre os resultados alterados obtidos por MLPA e/ou cariótipo, verificou-se que 30% (6/20) apresentaram resultados alterados nas duas técnicas, 25% (5/20) apenas no MLPA e 15% (3/20) no cariótipo. As duas técnicas avaliadas apresentaram especificidade de 100%, porém a sensibilidade do MLPA foi superior à do cariótipo para o diagnóstico de AC.

Os resultados de Jehee *et al.* (2011) mostram que o MLPA juntamente com o cariótipo, detectou 33,3% das alterações. Destas, 21,8% foram detectados apenas pelo MLPA e 6,9% pelo cariótipo. Taxas de detecção maior que 95% para o MLPA quando comparado ao cariótipo (taxa de 70%) foram obtidas por Ramsden *et al.* (2007), em avaliação de testes para diagnóstico pré-natal e Diego-Alvarez *et al.* (2007) e Yan *et al.* (2011) em material de aborto. Donaghue *et al.*, (2010) realizaram estudo comparativo utilizando análise de cariótipo e MLPA em 117 amostras de perdas gestacionais. O resultado mostrou que a taxa de detecção de anomalias com MLPA foi de 95% enquanto com o cariótipo foi de 70%.

Dos 20 RN estudados, nove possuem diagnóstico concluído (45%) (Tabela 3). Dentre os diagnósticos estabelecidos, dois (22,2%) apresentaram alteração cromossômica, três (33,3%) alteração gênica e quatro (44,4%) tiveram apenas diagnóstico clínico. Nesses últimos, sugere-se a reavaliação da história gestacional para exclusão de fatores teratogênicos e a realização de exames complementares com enfoque genômico.

## ■ CONCLUSÃO

Para identificação da etiologia das anomalias gênicas, a técnica de MLPA mostrou-se mais sensível que o cariótipo. A presença de alterações nos testes genéticos em RN que apresentaram apenas AC, particularmente as menores, reforça a importância da avaliação clínica criteriosa e utilização de técnicas mais sensíveis para identificação da causa genética.

## ■ AGRADECIMENTOS

Ao CNPq/PPSUS, FAPES e a secretaria de Estado da Saúde do ES.

Aos pais dos pacientes que tornaram possível a realização deste trabalho.



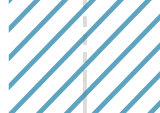
## ■ REFERÊNCIAS

1. BAIRD, PA, *et al.* Genetic disorders in children and young adults: a population study. **American Journal of Human Genetics**, v.42, p.677-693, 1984.
2. BENITO-SANZ, S, *et al.* Clinical and Molecular Evaluation of SHOX\_PAR1 Duplications in Léri-Weill Dyschondrosteosis (LWD) and Idiopathic Short Stature (ISS). **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v.96, n.2, p. 404-412, 2011.
3. BECK, S, *et al.* The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. **Bull World Health Organ.** v.88, p. 31-38, 2010.
4. BINDER, G, *et al.* Tall stature, gonadal dysgenesis, and stigmata of Turner's syndrome caused by a structurally altered X chromosome. **Jornal Pediatrics**, v.138, p.285-287, 2001.
5. BULLA, LMC, *et al.* Viability of lymphocyte culture, at different times after blood collection, for karyotype analysis. **J Bras Patol Med Lab**, v. 50, n. 2, p. 124-130, 2014.
6. BUNYAN, DJ, *et al.* Dosage analysis of cancer predisposition genes by multiplex ligation-dependent probe amplification. **British Journal of Cancer.** v.91, p.1155 – 1159, 2004.
7. CEYLAN G, CEYLAN C, YUCE H. A rare seen case with homozygosity for pericentric inversion of chromosome 9 and primary infertility. **Amer. J. Case Rep.**, v.9, p. 385-388, 2008.
8. DAVIES, DP, *et al.* Clinical dysmorphism: understanding congenital abnormalities. **Current Paediatrics.** v.13, p.288-297, 2003.
9. DIEGO-ALVAREZ, D, *et al.* MLPA as a screening method of aneuploidy and unbalanced chromosomal rearrangements in spontaneous miscarriages. **Prenatal Diagnosis**, v.27, n.8, p. 765-771, 2007.
10. DONAGHUE, C, *et al.* Combined QF-PCR and MLPA molecular analysis of miscarriage products: an efficient and robust alternative to karyotype analysis. **Prenatal Diagnosis**, v.30, n.2, p.133-137, 2010.
11. FARIA, Á. C., RABBI-BORTOLINI, E., REBOUÇAS, M., DE S THIAGO PEREIRA, A., FRASSON, M., ATIQUE, R., LOURENÇO, N., ROSENBERG, C., KOBAYASHI, G. S., PASSOS-BUENO, M. R., & ERRERA, F. (2016). Craniosynostosis in 10q26 deletion patients: A consequence of brain underdevelopment or altered suture biology?. **American journal of medical genetics. Part A**, 170A(2), 403–409. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.37448>
12. GUARNACCIA, C, *et al.* Exon 6 of human JAG1 encodes a conserved structural unit. **BMC Structural Biology**, v.9, n.43, p. 1-8, 2009.
13. HOROVITZ, DDG, *et al.* Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: panorama atual. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n.4, p. 1-11, 2005.
14. JEHEE, FS, *et al.* Using a combination of MLPA kits to detect chromosomal imbalances in patients with multiple congenital anomalies and mental retardation is a valuable choice for developing countries. **Elsevier – European Journal of Medical Genetics**, v. 54, p. 425-432, 2011.
15. JORGE, AA, *et al.* SHOX mutation in idiopathic short stature and Leri-Weill dyschondrosteosis: frequency and phenotypic variability. **Clinical Endocrinology (Oxford)**, v.66, p. 130-135, 2007.



16. KALTER H & WARKANY J. Congenital malformations: etiological factors and their role in prevention (first of two parts). **New England Journal of Medicine**, v. 308, p. 424-431, 1983.
17. KINGSTON, HM. Dymorphology and teratogenesis. **ABC of Clinical Genetics**. v.298, p.1239-40, 1989.
18. KLIEGMAN, RM, *et al.* **Nelson, Tratando de pediatria**. Elsevier, Rio de Janeiro, 18ed., p. 35, 2005.
19. LIMA, R, *et al.* An illustrative case of Léri-Weill Dyschondrosteosis. **Genetics and molecular biology**, v. 31, n.4, p. 839-842, 2008.
20. MELONI, VFA, *et al.* Cytogenomic characterization of a unexpected 17.6Mb 9p deletion associated to a 14.8 Mb 20p duplication in a dysmorphic patient with multiple congenital anomalies presenting a normal G-banding karyotype. **Elsevier- Gene**, v.496, p.59-62, 2012.
21. MERKS, JH, *et al.* Phenotypic abnormalities: terminology and Classification. **American Journal of Medical Genetics**, v. 123A, p.211-230, 2003.
22. MCDANIELL *et al.* NOTCH 2 mutations cause Alagille Syndrome, a heterogeneous disorder of the NOTCH signaling pathway. *The American Journal of Human Genetics*, v. 79, p. 169-173, 2006.
23. MCGILLIVRAY, G, *et al.* Familial scaphocephaly syndrome caused by a novel mutation in the FGFR 2 tyrosine kinase domain. **The Journal of Medical Genetics**, n.42, p.656-662, 2005.
24. ODA, T, *et al.* Identification and cloning of the human homolog (JAGL1) of the rat Jagged gene from the Alagille syndrome critical region at 20p12. **Genomics**, v.43, p.376-379, 1997.
25. OLIVEIRA, CIF, *et al.* Birth defects in newborns and stillborns: an example of the Brazilian reality. **BMC Research Notes**. v. 4, p. 343, 2011.
26. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Grupo de consulta da Prevenção e controle das enfermidades genéticas e dos defeitos congênitos. **Publicação Científica**, 460, 1984.
27. RAMOS, JLA, *et al.* Malformações congênitas: estudo prospectivo de dois anos em três maternidades de São Paulo. **Revista Pediatria (S. Paulo)**, v.3, p.20-28, 1981.
28. RAMSDEN, SC. External quality assessment of rapid prenatal detection of numerical chromosomal aberrations using molecular genetic techniques: 3 years experience. **Prenatal Diagnosis**, v.27, n.5, p.404-408, 2007.
29. RAO, E, *et al.* Pseudoautosomal deletions encompassing a novel homeobox gene cause a growth failure in idiopathic short stature and Turner syndrome. **Nature Genetics**, v.16, p.54-63, 1997.
30. STEVENSON, RE. Nomenclature. In: **Human Malformations and Related Anomalies**. Roger E. Stevenson, Judith G. Hall, Editors. Oxford University Press. Second Edition. 2006. P. 1085
31. SCHOUTEN, JP, *et al.* Relative quantification of 40 nucleic acid sequences by multiplex ligation-dependent probe amplification. **Nucleic Acids Research**, v.30, p. 57, 2002.
32. STUPPIA, L, *et al.* Use of the MLPA Assay in the Molecular Diagnosis of Gene Copy Number Alterations in Human Genetic Diseases. **Int. J. Mol. Sci.** 2012, 13, 3245-3276; doi:10.3390/ijms13033245.





33. YAN, J, *et al.* Rapid screening for chromosomal aneuploidies using array-MLPA. **BMC Medical Genetics**. v.12, p.68, 2011.
34. YATSENKO, SA, *et al.* Identification of critical regions for clinical features of distal 10q deletion syndrome. **Clinical Genetics**. v.76, p. 54-62, 2009.
35. ZHI, J. MAPD a probe desing suíte for multiplex ligation-dependent probe amplification assays. **BMC Research Notes**, v.3, p.137, 2010.
36. MRC – Holland, MLPA®. Disponível em: <<http://www.mlpa.com/WebForms/WebFormMain.aspx>>. Acesso em: 15 Jul. 2011.
37. Indicadores de Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br/download/perfilepidemiologicoesnasts2010.pdf>>. Acesso em: 10 Abr. 2012.





---

# Fatores associados ao peso ao nascer de recém-nascidos expostos ao HIV no Sul do Brasil

| **Ester Zoche**

HCPA

| **Juliana Mariante Giesta**

HCPA

| **Vera Lucia Bosa**

UFRGS

| **Vivian Cristine Luft**

UFRGS

| **Eunice Beatriz Martin Chaves**

HCPA

| **Clarissa de Oliveira Agostini**

UFRGS

| **Edison Capp**

UFRGS

| **Helena von Eye Corleta**

UFRGS

# RESUMO

**Objetivo:** Considerando pouco esclarecida a relação entre a exposição vertical ao HIV e desfechos no recém-nascido, o objetivo do estudo foi verificar a influência dos fatores sociais, comportamentais e antropométricos durante o período gestacional em puérperas soronegativas e soropositivas para o HIV (PHIV- e PHIV+) no peso ao nascer (PN).

**Métodos:** Estudo exposto-controle, realizado em um hospital terciário no Sul do Brasil, com 160 puérperas sendo 80 PHIV+ e 80 PHIV-. Entre julho/2015 e julho/2016, todas PHIV+ com idade  $\geq 18$  anos e seus recém-nascidos foram incluídas no estudo. Para comparação, foram incluídas PHIV- internadas no mesmo período no leito posterior, também com idade  $\geq 18$  anos. Consideraram-se estatisticamente significativos valores de  $p < 0,05$ . **Resultados:** As PHIV+ tinham maior idade e paridade, menor proporção de cor da pele branca e menor escolaridade. As PHIV+ tinham maior frequência do tabagismo e mais sintomas depressivos. O ganho de peso gestacional das PHIV+ foi menor. A média de peso e comprimento ao nascer foi menor nos recém-nascidos não expostos ao HIV. Houve associação negativa do PN com exposição ao HIV, tabagismo e ganho de peso gestacional insuficiente. Quando ajustada para características sociais e estado nutricional pré-gestacional, essa associação manteve-se significativa bem como quando ajustado também para características relacionadas ao período gestacional. No entanto, quando ajustado adicionalmente para via de parto e idade gestacional, a associação do PN com exposição ao HIV não foi mais significativa, sugerindo que estes fatores são mediadores da associação entre HIV na gestação e o menor peso ao nascer.

**Palavras-chave:** HIV, Gestação, Fatores Sociais, Fatores Comportamentais, Estado Nutricional, Peso ao Nascer.

## ■ INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) é considerada uma epidemia mundial e mulheres jovens estão particularmente suscetíveis à infecção, representando 20% das novas infecções entre adultos em todo o mundo em 2015 (NATIONS; HIV/AIDS, 2016).

A relação entre a exposição intrauterina ao HIV e a terapia antiretroviral (TARV) com desfechos negativos no recém-nascido (RN) não está bem esclarecida. Ainda não está claro se o parto prematuro e a restrição de crescimento intrauterino são efeitos diretos do vírus, da imunossupressão, das comorbidades associadas, do uso de TARV ou de fatores sociodemográficos desfavoráveis mais frequentemente característicos dessa população (BARONCELLI; TAMBURRINI; RAVIZZA; PINNETTI *et al.*, 2011; LARTEY; MARQUIS; MAZUR; PEREZ-ESCAMILLA *et al.*, 2014). Sabe-se que as mulheres que vivem com HIV têm mais desfechos gestacionais negativos, sendo 9% dos recém-nascidos pequenos para idade gestacional (PIG) (BAGKERIS; MALYUTA; VOLOKHA; CORTINA-BORJA *et al.*, 2015). Uma revisão sistemática avaliando gestantes infectadas pelo HIV sugeriu haver associação da TARV com o baixo peso ao nascer (PN) e a prematuridade (ALEMU; YALEW; FANTAHUN; ASHU, 2015). Em estudo realizado na África, o HIV materno foi associado ao menor PN, menor comprimento e menor desenvolvimento nos primeiros seis meses de vida (WILKINSON; PEDERSEN; URASSA; MICHAEL *et al.*, 2015). Estudo brasileiro com gestantes soronegativas para o HIV mostrou que o PN foi menor em gestantes tabagistas, sem companheiro, primigestas, com desnutrição pré-gestacional e com pré-natal inadequado. O tabagismo foi relatado por 12% das gestantes, o estado nutricional pré-gestacional inadequado representou 28% da amostra e 8,9% baixo peso (COELHO; CUNHA; ESTEVES; LACERDA *et al.*, 2015).

Além dos fatores clínicos da infecção pelo HIV, a depressão é uma comorbidade altamente prevalente em indivíduos portadores do HIV (KAPETANOVIC; DASS-BRAILSFORD; NORA; TALISMAN, 2014; NATAMBA; ACHAN; ARBACH; OYOK *et al.*, 2014). Entretanto, estudo mostrou que a depressão pós-parto foi menor em mulheres com percepção de suporte social e maior nas mulheres com condições desfavoráveis ao nascimento e evolução clínica do recém-nascido, concluindo que o apoio social tem um importante papel na prevenção da depressão pós-parto, interferindo nos desfechos do neonato (TANI; CASTAGNA, 2016).

Considerando ainda pouco esclarecida a relação entre a exposição vertical ao HIV e desfechos do recém-nascido, o presente estudo teve como objetivo verificar a influência dos fatores sociais, comportamentais e antropométricos durante o período gestacional em puérperas soronegativas para o HIV (PHIV-) e puérperas soropositivas para o HIV (PHIV+) no PN do recém-nascido.

## ■ MÉTODO

Caracteriza-se por um estudo exposto-controle, realizado na unidade de internação obstétrica de um hospital terciário de Porto Alegre-Brasil, no período compreendido entre julho de 2015 e julho de 2016. Um grupo foi composto por PHIV+ e seus recém-nascidos e o outro grupo por PHIV- e seus recém-nascidos. Diariamente, a equipe realizava pesquisa para verificação das novas internações de PHIV+, com idade igual ou superior a 18 anos. A escolha da PHIV- seguiu a regra de ser o leito seguinte da PHIV+ entrevistada, também com critério de idade igual ou superior a 18 anos. Os critérios de exclusão, em ambos os grupos, foram gestação gemelar, gestação de alto risco conforme os critérios do Ministério da Saúde com exceção do HIV, aquelas que não apresentaram condições de responder aos questionários e ausência de informações sobre as variáveis de peso pré-gestacional e peso no final da gestação.

A coleta de dados foi realizada na unidade de internação obstétrica do hospital, no pós-parto imediato, através da aplicação de um questionário durante a internação pós-parto. Os dados maternos referentes ao período gestacional e ao RN foram coletados da carteira da gestante, carteirinha da criança, prontuário hospitalar e pelas informações fornecidas pela puérpera durante a entrevista. Foram coletados dados referentes à idade, cor da pele, escolaridade, situação conjugal, via de parto, tabagismo, uso de álcool e drogas e paridade. Para as PHIV+, foi questionado também o tempo de diagnóstico do HIV e início da TARV.

A classificação social da população foi definida de acordo com o sistema de pontos do Critério de Classificação Econômica Brasil, desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, atualizado no ano de 2015 (PESQUISA, 2015). Para categorização da classe social da amostra, foi definida a divisão em três grupos, considerando as classes A-B, C e D-E.

Os dados antropométricos maternos, como estatura, peso pré-gestacional (considerando último peso referido pela puérpera antes de engravidar) e peso antes do parto (considerando o peso na internação hospitalar para o parto), foram coletados da carteira da gestante, prontuário ou pela informação materna. O ganho de peso gestacional foi obtido pela diferença entre o peso antes do parto e o peso pré-gestacional. O estado nutricional pré-gestacional, assim como a recomendação de ganho de peso, foi classificado de acordo com os critérios do Institute of Medicine, sendo considerado baixo peso pré-gestacional o IMC menor que 18,5 kg/m<sup>2</sup>, com recomendação de ganho de peso gestacional entre 13 e 18 kg; estado nutricional pré-gestacional adequado o IMC entre 18,5–24,9 kg/m<sup>2</sup>, com recomendação de ganho de peso gestacional entre 11 e 16 kg; sobrepeso pré-gestacional o IMC entre 25–29,5 kg/m<sup>2</sup>, sendo recomendado o ganho de peso gestacional entre 7 e 11kg,



e obesidade pré-gestacional o IMC maior que 30 kg/m<sup>2</sup>, com ganho de peso recomendado entre 5 e 9 kg (OPINION, 2013).

Para avaliação do nível de atividade física, foi aplicado o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). A classificação foi realizada de acordo com a frequência semanal de atividade praticada e o tempo total que ocorreram (Matsudo *et al.*, 2001). Para categorização da amostra, as puérperas foram divididas em sedentárias ou ativas.

Para avaliação de sintomas depressivos maternos, foi utilizada a Escala de depressão pós-natal de Edimburgo (EPDS), traduzida e validada para puérperas no Brasil. É uma escala autoaplicável, contendo dez itens, divididos em quatro graduações, que pode ser utilizada no período gestacional ou pós-natal. O ponto de corte utilizado para sintomas depressivos foi 11-12, sendo que as puérperas com escore  $\geq 12$  pontos foram consideradas com escore positivo para os sintomas depressivos (SANTOS; MATIJASEVICH; TAVARES; BARROS *et al.*, 2007). Esta escala objetiva a sinalização de risco aumentado para desenvolvimento de depressão pós-parto por meio de um escore elevado de sintomas depressivos, mas não permite realizar diagnóstico de depressão.

Os dados do nascimento da criança, como sexo, idade gestacional, PN e comprimento ao nascer e perímetro cefálico foram coletados do prontuário hospitalar. O PN de acordo com a idade gestacional foi classificado como PIG o RN com PN abaixo do percentil 10 para idade gestacional e grande para idade gestacional (GIG) aquelas crianças com percentil maior que 90 (ALEXANDER; HIMES; KAUFMAN; MOR *et al.*, 1996).

A análise estatística foi realizada pelo pacote estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 18.1. Para comparação entre os grupos exposto e não exposto ao HIV, foram utilizados o teste t Student para as variáveis contínuas com distribuição normal, sendo os resultados expressos por média e desvio padrão, e o teste de Mann-Whitney para as variáveis contínuas assimétricas, acompanhado da mediana e o intervalo interquartil do percentil 25 e 75. O teste qui-quadrado de Pearson com correção de continuidade (Yates) foi utilizado para as variáveis categóricas, descritas em percentual e frequência relativa. As variáveis que apresentaram valores de  $p < 0,20$  na análise bruta relacionada à exposição ao HIV e ao PN foram incluídas na regressão linear múltipla para PN, sendo incluídas no modelo 1 as variáveis pré-gestacionais, no modelo 2 as variáveis pré-gestacionais e gestacionais e no modelo 3 as variáveis pré-gestacionais, gestacionais e relacionadas ao momento do parto. Foram considerados como estatisticamente significativos valores de p menores que 0,05.

O projeto foi aprovado pelo Comitê Ética em Pesquisa com o CAAE (certificado de apresentação de apreciação ética) número 43337915.7.0000.5327, e as questões éticas seguiram as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução 466/2012). Todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e





esclarecido, onde foi garantido o sigilo em relação à identidade, privacidade e confidencialidade dos dados obtidos.

## ■ RESULTADOS

Participaram do estudo 160 puérperas no pós-parto imediato e seus recém-nascidos, sendo 80 PHIV- e 80 PHIV+. A média de idade das PHIV- e PHIV+ foi, respectivamente,  $25,5 \pm 4,9$  anos e  $28,7 \pm 5,8$  anos ( $p < 0,001$ ). Características dos grupos estão descritas na tabela 1, onde as PHIV+ apresentaram significativamente maior idade, menor escolaridade, menor percentual da cor da pele branca e de companheiro. Quanto à classe social, a maior parte da amostra pertencia à classe C; entretanto as PHIV- tinham maiores extratos na classe A e B. No que se refere ao tabagismo, este foi mais frequente entre as PHIV+. Não houve diferença significativa entre os grupos no que se refere ao consumo de álcool, drogas ilícitas e atividade física. As PHIV+ apresentaram maior frequência de sintomas depressivos que as PHIV-, com 35% e 17,5% respectivamente ( $p = 0,02$ ). A média do escore no EPDS das PHIV+ foi de  $10,6 \pm 4,2$  pontos e das PHIV- foi de  $8,8 \pm 3,9$  pontos ( $p = 0,007$ ).

**Tabela 1.** Características sociais e comportamentais nos grupos de puérperas soronegativas e soropositivas para o HIV.

|                                                                                                                                                                                                                | PHIV-       | PHIV+       | p      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|--------|
| Idade (anos) <sup>1</sup>                                                                                                                                                                                      | 25,6 (±4,9) | 28,8 (±5,9) | <0,001 |
| Anos de escolaridade (anos) <sup>1</sup>                                                                                                                                                                       | 10,0(±2,3)  | 8,6(±2,2)   | <0,001 |
| Cor da pele <sup>2</sup>                                                                                                                                                                                       |             |             |        |
| Branca                                                                                                                                                                                                         | 77,5%(62)   | 55%(44)     | 0,004  |
| Não branca                                                                                                                                                                                                     | 22,5%(18)   | 45%(36)     |        |
| Classe social <sup>2</sup>                                                                                                                                                                                     |             |             |        |
| A-B                                                                                                                                                                                                            | 22,5%(18)   | 6,3%(5)     | 0,014  |
| C                                                                                                                                                                                                              | 63,7%(51)   | 76,2%(61)   |        |
| D-E                                                                                                                                                                                                            | 13,8%(11)   | 17,5%(14)   |        |
| Situação conjugal <sup>2</sup>                                                                                                                                                                                 |             |             |        |
| Com companheiro                                                                                                                                                                                                | 91,3%(73)   | 63,8%(51)   | <0,001 |
| Sem companheiro                                                                                                                                                                                                | 8,7%(7)     | 36,2%(29)   |        |
| Inserção no mercado de trabalho <sup>2</sup>                                                                                                                                                                   | 62,5%(50)   | 41,5%(33)   | 0,011  |
| Tabagismo na gestação <sup>2</sup>                                                                                                                                                                             | 17,5%(14)   | 33,7%(27)   | 0,030  |
| Consumo de álcool na gestação <sup>2</sup>                                                                                                                                                                     | 20%(16)     | 17,5%(14)   | 0,839  |
| Consumo de drogas na gestação <sup>2</sup>                                                                                                                                                                     | 2,5%(2)     | 7,5%(6)     | 0,277  |
| Sintomas depressivos <sup>2</sup>                                                                                                                                                                              | 17,5%(14)   | 35,0%(28)   | 0,020* |
| Atividade física <sup>2</sup>                                                                                                                                                                                  |             |             |        |
| Sedentária                                                                                                                                                                                                     | 30%(24)     | 22,5%(18)   | 0,369  |
| Ativa                                                                                                                                                                                                          | 70%(56)     | 77,5%(62)   |        |
| 1- t Student- Apresentado em média (DP)                                                                                                                                                                        |             |             |        |
| 2- Qui-quadrado- Apresentado em percentual e frequência absoluta                                                                                                                                               |             |             |        |
| Legenda: <b>HIV</b> Vírus da imunodeficiência humana; <b>PHIV-</b> Puérperas soronegativas para o HIV; <b>PHIV+</b> puérperas soropositivas para o HIV; <b>EPDS</b> Escala de depressão pós-natal de Edimburgo |             |             |        |

Das PHIV+, 66,2% (n=53) tiveram o diagnóstico da infecção durante o período gestacional, sendo que o tempo de diagnóstico da infecção não esteve associado ao escore EPDS. No grupo das PHIV+, 97,5% usaram TARV durante a gestação. Destas, 52,56% (n=41) iniciaram no período gestacional, sendo 15 no primeiro trimestre, 17 no segundo e 11



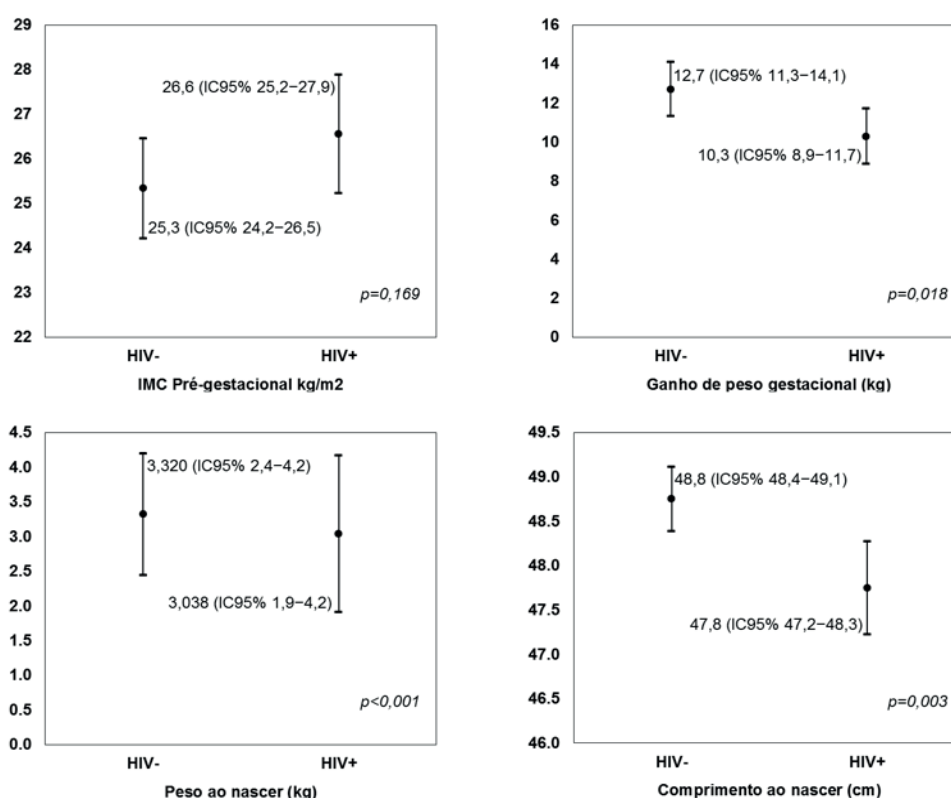




no terceiro trimestre. A mediana para o tempo de diagnóstico foi de dois anos [IQ:0-6]. Nas PHIV+, a carga viral (CV) foi indetectável em 78,8% (n=63), 13,8% (n=11) tinham CV menor que 1000 cópias/ml, 3,8% (n=3) CV maior que 1000 cópias/ml e três não tinham resultado do exame no momento do parto. Em relação ao CD4, 32,5% (n=26) tinham CD4 abaixo de 500 cel/mm<sup>3</sup> e 52,5% (n=42) acima de 500 cel/mm<sup>3</sup>, sendo que 15% (n=12) não apresentavam resultado do exame em prontuário. A mediana do CD4 foi de 578 [441-837] cel/mm<sup>3</sup>.

As variáveis antropométricas e os dados de nascimento relacionados à puérpera e ao RN estão descritos na figura 1 e na tabela 2. Os dois grupos foram semelhantes no que se refere ao estado nutricional antes e no final da gestação. O ganho de peso gestacional do grupo PHIV+ foi estatisticamente menor em relação às PHIV- (p=0,018). Quanto à adequação do ganho de peso gestacional, 45% das PHIV+ finalizaram a gestação com ganho de peso insuficiente (p=0,035). O peso e o comprimento ao nascer foram diferentes entre os grupos, sendo a média de peso e comprimento ao nascer de 3,038±0,516kg e 47,75±2,40cm nos RN expostos e 3,320±0,399kg (p<0,001) e 48,75±1,66cm (p=0,003) no grupo não expostos ao HIV. Conforme também descrito na tabela 2, a taxa de prematuridade, a adequação do peso ao nascimento e o perímetro cefálico do RN foram semelhantes entre os grupos. A idade gestacional de nascimento no grupo PHIV+ (38,1±1,75 semanas) foi significativamente menor do que nas PHIV- (39,2±1,36 semanas), com p<0,001. A via de parto foi diferente entre os dois grupos, prevalecendo o parto cesariana no grupo PHIV+.

**Figura 1.** Médias de IMC pré-gestacional, ganho de peso materno gestacional, peso ao nascer e comprimento ao nascer.



Legenda: **PHIV-** Puérpera soronegativa para o HIV; **PHIV+** Puérpera soropositiva para o HIV; **IMC** Índice de massa corporal.



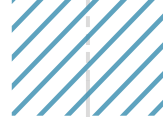


**Tabela 2.** Variáveis antropométricas maternas e neonatais nos grupos de puérperas soronegativas e soropositivas para o HIV.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PHIV-       | PHIV+       | p      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|--------|
| <b>Diagnóstico nutricional pré-gestacional<sup>2</sup></b>                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |             |        |
| Desnutrida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 6,3%(5)     | 5,0%(4)     | 0,448  |
| Eutrófica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 51,2%(41)   | 42,5%(34)   |        |
| Excesso de peso                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 42,5%(34)   | 52,6%(42)   |        |
| <b>IMC final (kg/m<sup>2</sup>)<sup>1</sup></b>                                                                                                                                                                                                                                                                              | 29,8(±5,0)  | 30,6(±5,9)  | 0,397  |
| <b>Diagnóstico nutricional final<sup>2</sup></b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |             |        |
| Desnutrida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 13,8%(11)   | 16,3%(13)   | 0,505  |
| Eutrófica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 38,8%(31)   | 30,0%(24)   |        |
| Excesso de peso                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 47,5%(38)   | 53,8%(43)   |        |
| <b>Adequação de ganho de peso gestacional<sup>2</sup></b>                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |             |        |
| Abaixo do recomendado                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 27,5%(22)   | 45,0%(36)   | 0,035  |
| Adequado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 35,0%(28)   | 20,0%(16)   |        |
| Acima do recomendado                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 37,5%(30)   | 35,0%(28)   |        |
| <b>Idade gestacional<sup>1</sup></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 39,24(±1,4) | 38,19(±1,7) | <0,001 |
| <b>Classificação da idade gestacional<sup>2</sup></b>                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |             |        |
| Pré-termo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 6,2%(5)     | 16,5%(13)   | 0,077  |
| A termo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 93,8%(75)   | 83,5%(66)   |        |
| <b>Via de parto<sup>2</sup></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |             |        |
| Vaginal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 73,75%(59)  | 48,7%(39)   | 0,002  |
| Cesariana                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 26,25%(21)  | 51,3%(41)   |        |
| <b>Classificação do peso ao nascer<sup>2</sup></b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |             |             |        |
| PIG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 8,7%(7)     | 17,5%(14)   | 0,231  |
| AIG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 88,8%(71)   | 81,2%(65)   |        |
| GIG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2,5%(2)     | 1,3%(1)     |        |
| <b>Perímetro cefálico (cm)<sup>1</sup></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 34,1(±1,5)  | 33,8(±2,4)  | 0,426  |
| <sup>1</sup> - t Student- Apresentado em média (DP)                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |             |        |
| <sup>2</sup> - Qui-quadrado- Apresentado em percentual e frequência absoluta                                                                                                                                                                                                                                                 |             |             |        |
| Legenda: <b>HIV</b> Vírus da imunodeficiência humana; <b>IMC</b> Índice de massa corporal; <b>PHIV-</b> Puérperas soronegativas para o HIV; <b>PHIV+</b> puérperas soropositivas para o HIV; <b>PIG</b> Pequeno para idade gestacional; <b>AIG</b> Adequado para idade gestacional; <b>GIG</b> Grande para idade gestacional |             |             |        |

A análise de regressão linear (tabela 3) apresenta a associação entre a exposição ao HIV, bem como outras características sociais maternas, relacionadas à gestação e ao parto com o peso ao nascer. Na análise bruta, além da exposição ao HIV, estiveram significativamente associados ao PN o tabagismo, IMC pré-gestacional, o ganho de peso gestacional abaixo do recomendado e a idade gestacional. No modelo 1, foi realizado ajuste para as características pré-gestacionais, no modelo 2 também para as características relacionadas ao período gestacional e no modelo 3 também para as características relacionadas ao momento do parto. Observa-se que os recém-nascidos expostos ao HIV apresentaram, em média, um PN 281g [IC 95%: -0,424 a -0,139] menor que os RN não expostos ao HIV na análise bruta. Quando ajustada para características sociais maternas e estado nutricional pré-gestacional materno, essa associação manteve-se significativa (-0,296kg; IC 95%: -0,042 a -0,135) bem como quando ajustado também para características relacionadas ao período gestacional (-0,272kg; IC 95%: -0,43 a -0,116). No entanto, quando ajustado adicionalmente para via de parto e IG, associação da exposição ao HIV e o PN não foi mais significativa.





**Tabela 3.** Associação entre exposição ao HIV, variáveis socioeconômicas e outras características pré-gestacionais, gestacionais e relacionadas ao parto, com peso ao nascer.

| Variável                    | Análise bruta           |        | Modelo 1                |        | Modelo 2                |       | Modelo 3               |        |
|-----------------------------|-------------------------|--------|-------------------------|--------|-------------------------|-------|------------------------|--------|
|                             | B (IC 95%)              | p      | B (IC 95%)              | p      | B (IC 95%)              | p     | B (IC 95%)             | p      |
| <b>Exposição ao HIV</b>     |                         |        |                         |        |                         |       |                        |        |
| PHIV-                       | Referência              |        | Referência              |        | Referência              |       | Referência             |        |
| PHIV+                       | -0,281(-0,424 a -0,139) | <0,001 | -0,296(-0,45 a -0,135)  | <0,001 | -0,272(-0,430 a -0,116) | 0,001 | -0,114(-0,020 a 0,247) | 0,094  |
| <b>Idade</b>                | -0,009(-0,022 a 0,004)  | 0,189  | -0,004(-0,017 a 0,010)  | 0,547  | -0,002(-0,15 a 0,011)   | 0,742 | -0,003(-0,013 a 0,008) | 0,612  |
| <b>Escolaridade</b>         | 0,027(-0,004 a 0,058)   | 0,93   | 0,001(-0,032 a 0,034)   | 0,933  | 0,000(-0,032 a 0,033)   | 0,979 | 0,001(-0,025 a 0,027)  | 0,927  |
| <b>Cor da pele</b>          |                         |        |                         |        |                         |       |                        |        |
| Branca                      | Referência              |        | Referência              |        | Referência              |       | Referência             |        |
| Não branca                  | -0,15(-0,307 a 0,004)   | 0,057  | -0,073(-0,224 a 0,077)  | 0,337  | -0,045(-0,196 a 0,107)  | 0,564 | -0,031(-0,153 a 0,091) | 0,616  |
| <b>Classe social</b>        |                         |        |                         |        |                         |       |                        |        |
| A-B                         | Referência              |        | Referência              |        | Referência              |       | Referência             |        |
| C                           | 0,026(-0,189 a 0,242)   | 0,81   | 0,110(-0,097 a 0,317)   | 0,293  | 0,114(-0,089 a 0,318)   | 0,268 | 0,096(-0,066 a 0,258)  | 0,240  |
| D-E                         | 0,43(-0,229 a 0,315)    | 0,758  | 0,144(-0,122 a 0,410)   | 0,286  | 0,154(-0,108 a 0,416)   | 0,247 | 0,104(-0,105 a 0,312)  | 0,326  |
| <b>Situação conjugal</b>    |                         |        |                         |        |                         |       |                        |        |
| Com companheiro             | Referência              |        | Referência              |        | Referência              |       | Referência             |        |
| Sem companheiro             | -0,025(-0,203 a -0,153) | 0,782  | 0,129(-0,042 a 0,300)   | 0,137  | 0,146(-0,023 a 0,315)   | 0,088 | 0,112(-0,240 a 0,247)  | 0,106  |
| <b>Tabagismo</b>            |                         |        |                         |        |                         |       |                        |        |
| Não                         | Referência              |        | Referência              |        | Referência              |       | Referência             |        |
| Sim                         | -0,342(-0,504 a -0,18)  | <0,001 | -0,226(-0,392 a -0,059) | 0,007  | -0,271(-0,428 a -0,115) | 0,004 | -0,254(-0,387 a -0,12) | <0,001 |
| <b>IMC PG</b>               | 0,019(0,006 a 0,032)    | 0,005  | 0,018(0,005 a 0,031)    | 0,006  | 0,017(0,004 a 0,030)    | 0,009 | 0,011(0,001 a 0,022)   | 0,034  |
| <b>GP gestacional</b>       |                         |        |                         |        |                         |       |                        |        |
| Abaixo                      | -0,239(-0,423 a -0,055) | 0,01   | -                       | -      | -0,202(-0,376 a -0,028) | 0,022 | -0,123(-0,262 a 0,017) | 0,082  |
| Adequado                    | Referência              |        | -                       | -      | Referência              |       | Referência             |        |
| Acima                       | -0,083(-0,267 a 0,101)  | 0,376  | -                       | -      | -0,097(-0,271 a 0,077)  | 0,272 | -0,005(-0,145 a 0,134) | 0,943  |
| <b>Sintomas depressivos</b> | -0,008(-0,26 a 0,01)    | 0,362  | -                       | -      | 0,000(-0,017 a 0,017)   | 0,996 | 0,002(-0,011 a 0,015)  | 0,783  |
| <b>Via de parto</b>         |                         |        |                         |        |                         |       |                        |        |
| Normal                      | Referência              |        | -                       | -      | -                       | -     | Referência             |        |
| Cesária                     | -0,05(-0,202 a 0,103)   | 0,522  | -                       | -      | -                       | -     | -0,091(-0,204 a 0,022) | 0,111  |
| <b>Idade gestacional</b>    | 0,187(0,152 a 0,233)    | <0,001 | -                       | -      | -                       | -     | 0,165(0,131 a 0,200)   | <0,001 |

Legenda: HIV Vírus da imunodeficiência humana; PHIV- Puérperas soronegativas para o HIV; PHIV+ Puérperas soropositivas para o HIV; IMC PG Índice de massa corporal pré-gestacional, GP Ganho de peso materno  
Modelos de regressão linear, utilizando o peso ao nascer como variável dependente, sendo modelo 1 ajustado para variáveis pré-gestacionais, modelo 2 para variáveis gestacionais e modelo 3 para variáveis relacionadas ao parto.

## ■ DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a influência dos fatores sociais, comportamentais e antropométricos durante o período gestacional em puérperas soropositivas e soronegativas para o HIV sobre o peso ao nascer. Os resultados demonstram que o grupo de PHIV+ vive em condições sociais mais frágeis que o grupo de PHIV-, tendo maior paridade, menor escolaridade, menor percentual da raça branca e menos frequentemente possuem companheiro. Houve também no grupo das PHIV+ maior frequência do tabagismo e mais sintomas depressivos. O ganho de peso gestacional do grupo PHIV+ foi menor com maior taxa de ganho de peso insuficiente. Houve maior taxa de cesariana nas PHIV+. Como resultado, a média de peso e comprimento ao nascer foi menor no RN exposto ao HIV.

A média de escolaridade de  $8,5 \pm 2,2$  anos no grupo PHIV+ reflete os dados encontrados no último Boletim Epidemiológico nacional, onde a maioria da população brasileira infectada tem entre cinco a oito anos de estudo (SAÚDE, 2015). Pesquisadores de Bangladesh associaram pessoas com menor educação, ensino primário ou secundário ao menor conhecimento sobre o HIV e suas formas de contágio quando comparados a pessoas com maior nível educacional, aumentando o risco de transmissão nas pessoas menos favorecidas (YAYA; BISHWAJIT; DANHOUNDO; SHAH *et al.*, 2016). Neste mesmo contexto, estudo refere que





o risco da infecção pelo HIV em adultos africanos é 15 vezes maior entre os indivíduos com menos escolaridade e associam esta ao baixo status socioeconômico (BUSINGE; LONGO-MBENZA; MATHEWS, 2016). Em estudo realizado em Moçambique, foi demonstrado que o risco de infecção pelo HIV é maior em populações mais pobres, sendo que as mulheres apresentaram maior risco, independente da classe social (Pons-Duran *et al.*, 2016). Esses estudos vão ao encontro dos nossos resultados e indicam que a falta de acesso à informação poderia contribuir para o menor autocuidado e levar a um maior comportamento de risco, aumentando as chances de transmissão do HIV. Os determinantes sociais para o HIV reforçam a necessidade de programas com foco na população mais vulnerável, em especial e nas mulheres.

A média de idade e a paridade do grupo PHIV+ foi significativamente maior do que no grupo PHIV-. Koenig e colaboradores também associaram a infecção pelo HIV a taxas de gestações prévias mais elevadas (KOENIG; ESPINOZA; HODGE; RUFFO, 2007). Em estudo brasileiro com gestantes jovens infectadas pelo HIV foi demonstrado que quase a metade (48,9%) já havia tido pelo menos duas gestações anteriores (LIMA; REIS; CARDOSO; STEFANI, 2016). Alguns estudos estabelecem maior consumo de cigarro, álcool e drogas em gestantes com sorologia positiva para o HIV (ARAB; CZUZOJ-SHULMAN; SPENCE; ABENHAIM, 2016; COELHO; CUNHA; ESTEVES; LACERDA *et al.*, 2015). Nosso estudo não encontrou diferença entre os grupos no que se refere ao uso de álcool e drogas. O tabagismo, entretanto, foi significativamente maior no grupo PHIV+. Possivelmente no momento do pós-parto imediato possa ter havido constrangimento da puérpera quanto ao uso de drogas ilícitas. A ausência de companheiro foi mais frequente entre as PHIV+ (36,2% vs. 8,8%), como encontrado em outros estudos. Lima e colaboradores, avaliando 96 gestantes jovens infectadas com HIV, mostraram que 50% não tinham parceiro sexual estável. Lima e colaboradores, avaliando 96 gestantes jovens infectadas com HIV, mostraram que 50% não tinham parceiro sexual estável (LIMA; REIS; CARDOSO; STEFANI, 2016). Da mesma forma, estudo realizado no Brasil com 2145 mulheres, sendo 713 infectadas pelo HIV, mostrou que as soropositivas para o HIV tinham maior risco de não viver com parceiro fixo (DA COSTA; LEAL; MOTA; MACHADO *et al.*, 2013).

Os sintomas depressivos estiveram presentes com maior frequência nas PHIV+, representando 35% (n=28) da amostra de gestantes soropositivas. A prevalência de sintomas depressivos nas pessoas soropositivas não é suficientemente conhecida na literatura. Em estudo realizado no Brasil com adultos portadores do HIV, 24,8% referiram sintomas de ansiedade, tristeza, medo, baixa autoestima e culpa (CALVETTI ; ÜCKER; GIOVELLI ; GAUER *et al.*, 2014). Estudo com 633 gestantes africanas portadoras do HIV encontrou que 48,7% da amostra apresentavam humor deprimido (PELTZER; RODRIGUEZ; JONES,





2016). Em outros estudos a prevalência de sintomas depressivos em mulheres HIV positivas foi 39% na Uganda (KAIDA; MATTHEWS; ASHABA; TSAI *et al.*, 2014), 78% na Tailândia (ROSS; SAWATPHANIT; ZELLER, 2009) e 85% na Zâmbia (KWALOMBOTA, 2002).

Quanto aos dados antropométricos maternos, observou-se que os grupos são semelhantes quanto ao estado nutricional pré-gestacional e ao final da gestação. A elevada proporção de excesso de peso previamente à gestação (52,6% e 42,5%, nas PHIV+ e PHIV-, respectivamente) refletem o estado nutricional da população brasileira, onde 52,2% das mulheres apresentam excesso de peso (SAÚDE, 2014). Entretanto, houve diferença significativa entre os grupos no ganho de peso gestacional materno, na adequação do ganho de peso gestacional, no PN do RN e na via de parto. As PHIV+ tiveram menor média de ganho de peso que as PHIV-, sendo que ganho de peso gestacional abaixo do recomendado ocorreu significativamente mais frequentemente nas puérperas PHIV+. Ganho de peso insuficiente em gestantes portadoras do HIV foi também relatado por Brandão e colaboradores, onde 29,4% das gestantes portadoras do HIV concluíram o processo gestacional com baixo peso e 47,5% apresentaram ganho de peso gestacional insuficiente (BRANDÃO; SILVA; SALLY; DIAS *et al.*, 2011). Em estudo realizado no Brasil com 1298 gestantes soronegativas, a média de ganho de peso gestacional materno foi de 13,3kg e 32,5% apresentaram ganho de peso insuficiente, semelhante aos valores encontrados no nosso estudo com o grupo PHIV- (COELHO; CUNHA; ESTEVES; LACERDA *et al.*, 2015). Tais achados reforçam que as PHIV+ têm menor média de ganho de peso e maior chance de finalizar a gestação com ganho de peso insuficiente comparadas às PHIV-.

A cesariana foi significativamente mais indicada no grupo de PHIV+ (51,2%) em comparação às PHIV- (26,2%). Os resultados dos estudos variam dependendo do local. Ikpime e colaboradores encontraram taxas de cesariana de 37,5% em mulheres soropositivas comparando a 22,6% em mulheres soronegativas (IKPIM; EDET; BASSEY; ASUQUO *et al.*, 2016), e estudo brasileiro encontrou em população de gestantes infectadas pelo HIV 85% dos partos realizados por cesariana (DOS REIS; ARAUJO; RIBEIRO; DA ROCHA *et al.*, 2015). Considerando que a cesariana é indicada para gestantes soropositivas para o HIV com CV superior a 1000 cópias/ml, apenas 3,8% (n=3) da nossa amostra teria indicação de cesária pela CV alta.

Após a análise bruta na regressão linear, os fatores que influenciaram negativamente o peso do RN foram exposição ao HIV, tabagismo, o IMC pré-gestacional, o ganho de peso gestacional insuficiente e a idade gestacional. Embora características socioeconômicas e tabagismo sejam apontados na literatura como potenciais confundidores na associação entre a exposição ao HIV e menor peso ao nascer, a magnitude dessa associação foi pouco alterada após ajuste para tais condições (modelo 1). Já no modelo 2, ajustada também para







variáveis gestacionais, a magnitude da associação é parcialmente reduzida, possivelmente indicando um dos mecanismos pelos quais o HIV possa atuar sobre o PN, de modo que o ganho de peso materno e os sintomas depressivos na gestação seriam possíveis mediadores dessa associação. Nesse mesmo sentido, no modelo 3, quando ajustada pela via de parto e IG, perde-se a associação entre o HIV e o PN, sugerindo que estes fatores atuam também como mediadores do HIV sobre o menor peso ao nascer. O PN é frequentemente utilizado como indicador das condições experienciadas no ambiente uterino (WILCOX, 2001). Os primeiros mil dias, período entre a concepção e o final do segundo ano de vida, compreendem um momento único oportuno para a modelação de um futuro mais saudável. A nutrição e o crescimento adequados nesta fase refletem em benefícios que perduram por toda vida (CUNHA; LEITE; ALMEIDA, 2015).

O presente estudo não é livre de limitações. O pareamento das puérperas, selecionando pelo leito da gestante soropositiva uma soronegativa, pode não ter sido suficiente para evitar confundimento de características não mensuradas, se desigualmente distribuídas entre estes grupos. No entanto, destacam-se como pontos positivos do estudo a ampliação do conhecimento no tema, incorporando fatores sócio-econômicos, comportamentais, de saúde mental, características gestacionais e do parto, com a utilização de instrumentos validados.

## ■ CONCLUSÃO

Concluimos que as mulheres soropositivas para o HIV fazem parte de um grupo vulnerável no que se refere às questões sociais, comportamentais e na avaliação nutricional, podendo levar a desfechos negativos no RN, como o menor peso ao nascer.

## ■ REFERÊNCIAS

1. ALEMU, F. M.; YALEW, A. W.; FANTAHUN, M.; ASHU, E. E. Antiretroviral Therapy and Pregnancy Outcomes in Developing Countries: A Systematic Review. *Int J MCH AIDS*, 3, n. 1, p. 31-43, 2015.
2. ALEXANDER, G. R.; HIMES, J. H.; KAUFMAN, R. B.; MOR, J. et al. A United States national reference for fetal growth. *Obstet Gynecol*, 87, n. 2, p. 163-168, Feb 1996.
3. ARAB, K.; CZUZOJ-SHULMAN, N.; SPENCE, A.; ABENHAIM, H. A. Obstetrical Outcomes of Patients With HIV in Pregnancy, a Population Based Cohort [25]. *Obstet Gynecol*, 127 Suppl 1, p. 10S, May 2016.
4. BAGKERIS, E.; MALYUTA, R.; VOLOKHA, A.; CORTINA-BORJA, M. et al. Pregnancy outcomes in HIV-positive women in Ukraine, 2000-12 (European Collaborative Study in EuroCoord): an observational cohort study. *Lancet HIV*, 2, n. 9, p. e385-392, Sep 2015.

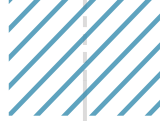






5. BARONCELLI, S.; TAMBURRINI, E.; RAVIZZA, M.; PINNETTI, C. et al. Pregnancy outcomes in women with advanced HIV infection in Italy. *AIDS Patient Care STDS*, 25, n. 11, p. 639-645, Nov 2011.
6. BRANDÃO, T.; SILVA, K. S.; SALLY, E. F.; DIAS, M. A. et al. [Epidemiological and nutritional characteristics of pregnant HIV-infected women]. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 33, n. 8, p. 188-195, Aug 2011.
7. BUSINGE, C. B.; LONGO-MBENZA, B.; MATHEWS, V. Risk factors for incident HIV infection among antenatal mothers in rural Eastern Cape, South Africa. *Glob Health Action*, 9, p. 29060, 2016.
8. CALVETTI, P.; ÜCKER; GIOVELLI, G. R. M.; GAUER, G. J. C. et al. Psychosocial factors associated with adherence to treatment and quality of life in people living with HIV/AIDS in Brazil. *J Bras Psiquiatr*, 36, n. 1, p. 8-15, 2014.
9. COELHO, N. E. L.; CUNHA, D. B.; ESTEVES, A. P.; LACERDA, E. M. et al. Dietary patterns in pregnancy and birth weight. *Rev Saude Publica*, 49, p. 62, 2015.
10. CUNHA, A. J.; LEITE, Á.; ALMEIDA, I. S. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. *J Pediatr (Rio J)*, 91, n. 6 Suppl 1, p. S44-51, 2015 Nov-Dec 2015.
11. DA COSTA, T. P.; LEAL, M. C.; MOTA, J. C.; MACHADO, E. S. et al. Comparison of pregnancy characteristics and outcomes between HIV-infected and HIV-non-infected women in Brazil. *AIDS Care*, 25, n. 6, p. 686-690, 2013.
12. DOS REIS, H. L.; ARAUJO, K. A. S.; RIBEIRO, L. P.; DA ROCHA, D. R. et al. Preterm birth and fetal growth restriction in HIV-infected Brazilian pregnant women. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*, 57, n. 2, p. 111-120, 2015 Mar-Apr 2015.
13. IKPIM, E. M.; EDET, U. A.; BASSEY, A. U.; ASUQUO, O. A. et al. HIV infection in pregnancy: maternal and perinatal outcomes in a tertiary care hospital in Calabar, Nigeria. *Trop Doct*, 46, n. 2, p. 78-86, Apr 2016.
14. KAIDA, A.; MATTHEWS, L. T.; ASHABA, S.; TSAI, A. C. et al. Depression during pregnancy and the postpartum among HIV-infected women on antiretroviral therapy in Uganda. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 67 Suppl 4, p. S179-187, Dec 2014.
15. KAPETANOVIC, S.; DASS-BRAILSFORD, P.; NORA, D.; TALISMAN, N. Mental health of HIV-seropositive women during pregnancy and postpartum period: a comprehensive literature review. *AIDS Behav*, 18, n. 6, p. 1152-1173, Jun 2014.
16. KOENIG, L. J.; ESPINOZA, L.; HODGE, K.; RUFFO, N. Young, seropositive, and pregnant: epidemiologic and psychosocial perspectives on pregnant adolescents with human immunodeficiency virus infection. *Am J Obstet Gynecol*, 197, n. 3 Suppl, p. S123-131, Sep 2007.
17. KWALOMBOTA, M. The effect of pregnancy in HIV-infected women. *AIDS Care*, 14, n. 3, p. 431-433, Jun 2002.





18. LARTEY, A.; MARQUIS, G. S.; MAZUR, R.; PEREZ-ESCAMILLA, R. et al. Maternal HIV is associated with reduced growth in the first year of life among infants in the Eastern region of Ghana: the Research to Improve Infant Nutrition and Growth (RIING) Project. *Matern Child Nutr*, 10, n. 4, p. 604-616, Oct 2014.
19. LIMA, Y. A.; REIS, M. N.; CARDOSO, L. P.; STEFANI, M. M. HIV-1 infection and pregnancy in young women in Brazil: socioeconomic and drug resistance profiles in a cross-sectional study. *BMJ Open*, 6, n. 7, p. e010837, Jul 2016.
20. NATAMBA, B. K.; ACHAN, J.; ARBACH, A.; OYOK, T. O. et al. Reliability and validity of the center for epidemiologic studies-depression scale in screening for depression among HIV-infected and -uninfected pregnant women attending antenatal services in northern Uganda: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 14, p. 303, 2014.
21. NATIONS, J. U.; HIV/AIDS, P. O. Global AIDS update 2016. ORGANIZATION, W. H. Geneva 2016.
22. OPINION, C. Weight Gain Pregnancy. *GINECOLOGISTS*, T. A. C. O. O. A. 121: 210-212 p. 2013.
23. PELTZER, K.; RODRIGUEZ, V. J.; JONES, D. Prevalence of prenatal depression and associated factors among HIV-positive women in primary care in Mpumalanga province, South Africa. *SAHARA J*, 13, n. 1, p. 60-67, Dec 2016.
24. PESQUISA, A. B. D. E. D. Critério de Classificação Econômica-Brasil. <http://www.abep.org/criterioBrasil.aspx>, 2015. Acesso em: 10 de outubro.
25. ROSS, R.; SAWATPHANIT, W.; ZELLER, R. Depressive symptoms among HIV-positive pregnant women in Thailand. *J Nurs Scholarsh*, 41, n. 4, p. 344-350, 2009.
26. SANTOS, I. S.; MATIJASEVICH, A.; TAVARES, B. F.; BARROS, A. J. et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saude Publica*, 23, n. 11, p. 2577-2588, Nov 2007.
27. SAÚDE, M. D. Vigitel Brasil 2014. Vigilância de fatores de risco e proteção de fatores de risco para doenças crônicas por inquérito telefônico. SAÚDE, M. D. Brasil 2014.
28. SAÚDE, M. D. Boletim epidemiológico HIV AIDS. Ministério da Saúde- Secretaria de Vigilância em Saúde- Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br), p. 1-100. 2015.
29. TANI, F.; CASTAGNA, V. Maternal social support, quality of birth experience, and post-partum depression in primiparous women. *J Matern Fetal Neonatal Med*, p. 1-4, May 2016.
30. WILCOX, A. J. On the importance--and the unimportance--of birthweight. *Int J Epidemiol*, 30, n. 6, p. 1233-1241, Dec 2001.
31. WILKINSON, A. L.; PEDERSEN, S. H.; URASSA, M.; MICHAEL, D. et al. Associations between gestational anthropometry, maternal HIV, and fetal and early infancy growth in a prospective rural/semi-rural Tanzanian cohort, 2012-13. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15, p. 277, 2015.
32. YAYA, S.; BISHWAJIT, G.; DANHOUNDO, G.; SHAH, V. et al. Trends and determinants of HIV/AIDS knowledge among women in Bangladesh. *BMC Public Health*, 16, n. 1, p. 812, Aug 2016.



---

# Influência dos hábitos orais de sucção no aleitamento materno exclusivo e continuado

**Danielle Ramos Domenis**  
UFS

**Carla Patrícia Hernandez Alves Ribeiro**  
**César**  
UFS

**Kelly da Silva**  
UFS

**Nathália Monteiro Santos**

**Geisy Kelly Menezes Santos**

**Taísa Ribeiro de Souza Oliveira**

**Pablo Jordão Alcântara Cruz**

**Raphaela Barroso Guedes-Granzotti**  
UFS

# RESUMO

**Objetivo:** Verificar a influência dos hábitos orais de sucção no desmame precoce e na manutenção da amamentação por doze meses de vida. **Método:** Compuseram a amostra 44 binômios mães-bebês que nasceram a termo, sem intercorrências pré e perinatais, com Apgar e peso satisfatórios ao nascimento, residentes na área urbana de um município do interior de Sergipe. Foi realizada entrevista semiestruturada, observação da amamentação e dos hábitos orais de sucção, orientações e encaminhamentos, quando necessários. Os resultados foram tabulados e analisados estatisticamente (teste de Fisher), adotando-se significância de 5%. **Resultados:** As mães apresentaram de 21 a 31 anos, baixa escolaridade, tinham de um a três filhos, a maioria era de nível socioeconômico inferior, viviam com companheiro ou marido, não trabalhavam fora de casa e amamentaram seus filhos desde o nascimento. Em relação aos hábitos orais, tanto a introdução da mamadeira quanto os de sucção não nutritiva favoreceram o desmame precoce, bem como influenciaram negativamente na manutenção e prolongamento da amamentação. **Conclusão:** Na amostra do estudo houve influência dos hábitos orais de sucção no desmame precoce e na manutenção da amamentação por doze meses de vida, gerando a necessidade da intervenção fonoaudiológica nesse período de vida, crucial para o desenvolvimento infantil.

**Palavras-chave:** Aleitamento Materno, Desmame, Mamadeiras, Chupeta, Sucção de Dedo.

## ■ INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é uma preocupação dos órgãos nacionais e internacionais de saúde. De acordo com tais organizações (OPAS, 2020), o aleitamento materno deve ocorrer até os dois anos ou mais, sendo exclusivo até os seis meses de idade, mesmo durante a Pandemia de SARS-CoV-2, bem como na suspeita ou confirmação de COVID-19, desde que as nutrizes estejam bem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020) e adotem medidas de biossegurança (CHAVES; LAMOUNIR; SANTIAGO, 2020).

O incentivo e a manutenção da amamentação dependem de diversos fatores, como os cuidados pré e pós-natais (ACHARYA *et al.*, 2019; ADENIYI *et al.*, 2019; CHAMPENY *et al.*, 2019; HUANG *et al.*, 2019; JACKSON *et al.*, 2019); o início da amamentação (HUANG *et al.*, 2019); a escolaridade (ACHARYA *et al.*, 2019; JACKSON *et al.*, 2019.); a idade (ACHARYA *et al.*, 2019); a renda familiar (JACKSON *et al.*, 2019); o suporte social (CHAMPENY *et al.*, 2019); o tipo de parto (ACHARYA *et al.*, 2019; CHAMPENY *et al.*, 2019; JACKSON *et al.*, 2019); a saúde materna; a política nacional de amamentação (JACKSON *et al.*, 2019); a residência (rural ou urbana); o estado de saúde e civil da mãe; o uso de álcool; o trabalho materno; questões relacionadas à mama (ADENIYI *et al.*, 2019), a oferta precoce de alimentos pastosos e/ou sólidos (BHANDARI *et al.*, 2019), entre outros.

Apesar dos benefícios para a díade mãe-bebê, a interrupção da amamentação ainda é um aspecto a ser superado, dado seus altos índices (HUANG *et al.*, 2019). Assim, promover e acompanhar a amamentação tem sido um desafio hercúleo para todos os envolvidos no processo, uma vez que o desmame precoce pode promover a morbidade infantil (CHAMPENY *et al.*, 2019), interferir nos aspectos nutricionais, no crescimento e desenvolvimento infantis (BHANDARI *et al.*, 2019), bem como nas condições de saúde da mãe e do bebê (SHATI *et al.*, 2020).

A oferta desnecessária de mamadeira e/ou chupeta favorece o desmame precoce ou a diminuição da duração do aleitamento materno (BATISTA; RIBEIRO; NASCIMENTO, 2017). Embora haja conhecimento sobre a importância da amamentação exclusiva, muitas nutrizes não estão cientes das implicações desta para o desenvolvimento saudável do sistema estomatognático (MELO *et al.*, 2017) e que alterações desta natureza demandam em atendimentos especializados para diferentes profissionais da saúde (PEREIRA; OLIVEIRA; CARDOSO, 2017).

Destarte, percebe-se que embora a amamentação seja um tema profundamente estudado e que seus benefícios sejam conhecidos pela população, há de se avançar em políticas públicas fomentadoras da amamentação, com ações preventivas de hábitos orais deletérios e disseminação da informação da interferência destes hábitos no desmame precoce. Sendo assim, o objetivo desse trabalho foi verificar a influência dos hábitos orais de sucção nutritiva (mamadeira) e não nutritiva (dedo e chupeta) no desmame precoce e na manutenção da amamentação por doze meses de vida.

## ■ MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e com abordagem quantitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 42167415800005546). Todas as participantes assinaram o Termo De Consentimento Livre e Esclarecido.

A seleção dos participantes foi realizada pelo registro de uma maternidade do interior de Sergipe que faz parte da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Foram obtidos os dados referentes à data de nascimento e o local de residência. Foram incluídas na pesquisa gestantes que não fossem de risco, bebês nascidos a termo, de partos sem intercorrências, com Apgar entre oito e dez (primeiro e quinto minuto de vida), sem anomalias congênitas, com peso entre 2.500 e 4.000 gramas, de mães maiores de dezoito anos, residentes na zona urbana do município do estudo, nascidos entre os anos de 2014 (n=3.004) e 2015 (n = 1.487).

Os critérios de exclusão foram: gestação de risco, recém-nascidos com intercorrências no período perinatal, nascidos pré-termo (menos de 37 semanas) ou pós termo (após 42 semanas), peso inferior ou superior ao pré-estabelecido, Apgar baixo, presença de anomalias congênitas, residente na zona rural e nascido fora da maternidade (domicílio, por exemplo). O total de nascimentos de 2014 excluindo os critérios estabelecidos foi de 2.402 bebês e do ano de 2015, 926. Desta forma, entre o período do estudo, o total de possíveis participantes foi de 3.328 nascidos vivos na área urbana e sem fatores de risco.

A partir do cálculo amostral, adotando-se nível de confiança de 90% e margem de erro de 10% a amostra deveria ser de 66 sujeitos. Assim, para analisar o efeito dos hábitos orais no aleitamento materno, acrescentou-se como critério de exclusão, a criança nunca ter sido amamentada e, para tanto, utilizou-se o estudo de Sena *et al.* (2007), que evidenciou que no primeiro mês de vida, o percentual de mulheres que amamentavam seus filhos na capital do estudo correspondia a 47,3%, dado este constatado em Campanha de Vacinação em 1999. Frente a este percentual, a amostra deveria ser no mínimo de 31,22 sujeitos, sendo estabelecido, portanto, o número mínimo de 32 participantes para compor a amostra.

Foi efetivado convite para participação na pesquisa, por telefone ou presencialmente, excluindo-se aqueles em que não se conseguiu contato e os que não aceitaram participar da pesquisa, a amostra foi constituída por 44 binômios (bebês e suas mães), representando 1,32% dos nascimentos do período do estudo.

O procedimento da pesquisa englobou visita domiciliar composta por:

- 1) Entrevista semiestruturada: contendo informações pessoais, dados socioeconômicos, sobre a saúde, o acompanhamento médico do lactente, o aleitamento, a alimentação, os hábitos orais de sucção não nutritiva (chupeta e dedo) e nutritiva (mamadeira);
- 2) Observação da amamentação e dos hábitos de sucção (nutritiva: mamadeira e não nutritiva: chupeta e dedo). Neste quesito observou-se a postura, o formato do bico,



- 
- o tamanho do furo da mamadeira;
- 3) Orientações sobre: o aleitamento materno (exclusivo, prolongado e aumentado); a oferta em livre demanda, a pega e a postura corretas; o uso da mamadeira, a sucção não nutritiva de chupeta - o formato do bico, o tamanho do furo do bico da mamadeira, a postura e as consequências do uso constante;
  - 4) A retirada de dúvidas previamente existentes ou originadas a partir das orientações fornecidas;
  - 5) A realização de encaminhamentos, quando necessários (pediatria, otorrinolaringologia, audiologia, dentre outros).

As atividades foram realizadas por dois pesquisadores, no 12º mês de vida das crianças. Para que as visitas ocorressem, houve agendamento prévio por telefone com a mãe, em horário que considerasse mais conveniente e na semana em que o lactente completava um ano de vida.

As respostas foram proferidas verbalmente e, simultaneamente, gravadas para posterior transcrição pelos pesquisadores. As entrevistas tiveram, em média, tempo de aplicação de uma hora.

Os resultados referentes ao aleitamento materno foram interpretados quanto à sua exclusividade (Aleitamento Materno Exclusivo - AME), se foi feita sua oferta (Aleitamento Materno - AM) e se o desmame foi precoce (DP).

Os resultados obtidos foram tabulados no *software* de planilha eletrônica *Excel* (pacote Microsoft® Office). Na estatística descritiva, os dados categóricos foram resumidos por meio de frequência absoluta (n) e relativa (%), média e desvio padrão. Para análise de associação entre as variáveis foi utilizado o programa SPSS® 16.0, foi utilizado o teste exato de *Fisher* e estipulado o nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

## ■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Resultados

O perfil socioeconômico, os dados gestacionais e os de nascimento estão apresentados na tabela 1.

**Tabela 1.** Dados socioeconômicos, gestacional e de nascimento. Lagarto (SE), 2017.

| Variáveis                                       | n (%)     |
|-------------------------------------------------|-----------|
| <b>Número total de lactentes</b>                | 44 (100)  |
| Sexo masculino                                  | 23 (52,3) |
| Sexo feminino                                   | 21 (47,7) |
| <b>Média da idade das mães</b>                  | 27,7±6,3  |
| <b>Média do número de filhos</b>                | 2,1±1,1   |
| <b>Primíparas</b>                               | 14 (31,8) |
| <b>Escolaridade das mães</b>                    |           |
| Sem instrução ou Ensino fundamental incompleto  | 18 (40,9) |
| Ensino fundamental completo ou médio incompleto | 14 (31,8) |
| Ensino médio completo ou superior               | 12 (27,3) |
| <b>Renda familiar</b>                           |           |
| Sem renda ou até 2 salários mínimos             | 39 (88,6) |
| Entre 2 e 3 salários mínimos                    | 2 (4,6)   |
| Recusaram-se a responder                        | 3 (6,8)   |
| <b>Média da renda familiar mensal</b>           | R\$ 548,5 |
| <b>Situação conjugal</b>                        |           |
| Mora com o companheiro                          | 19 (43,2) |
| Casada                                          | 15 (34,1) |
| Solteira                                        | 09 (20,4) |
| Viúva                                           | 01 (2,3)  |
| <b>Mãe trabalha fora</b>                        |           |
| Não                                             | 35 (79,5) |
| Sim                                             | 08 (18,2) |
| Recusaram-se a responder                        | 05 (12,3) |
| <b>Tipo de parto</b>                            |           |
| Cesárea                                         | 22 (50,0) |
| Normal                                          | 22 (50,0) |
| <b>Aleitamento Materno na maternidade</b>       |           |
| Sim                                             | 41 (93,2) |
| Não                                             | 03 (6,8)  |

A relação entre o desmame precoce e o uso dos hábitos orais de sucção nutritiva (mameadeira) e não nutritiva (chupeta e dedo) pode ser visualizada na tabela 2.

**Tabela 2.** Relação entre os hábitos orais investigados com o desmame precoce.

| Hábitos Oraís                         |     | Desmame Precoce |            |
|---------------------------------------|-----|-----------------|------------|
|                                       |     | Não             | Sim        |
|                                       |     | 29 (65,9%)      | 15 (34,1%) |
| Sucção Nutritiva (Mamadeira)          | Não | 14 (48,3%)      | 02 (13,3%) |
|                                       | Sim | 15 (51,7%)      | 13 (86,7%) |
| p-valor = 0,022*                      |     |                 |            |
| Sucção Não Nutritiva (Chupeta e Dedo) | Não | 17 (58,6%)      | 01 (6,7%)  |
|                                       | Sim | 12 (41,4%)      | 14 (93,3%) |
| p-valor <0,01*                        |     |                 |            |

Legenda: \*indicam valores estatisticamente significativos de acordo com teste exato de Fisher.



Na tabela 3 está apresentada a influência negativa do hábito de sucção nutritiva (uso da mamadeira) e não nutritiva (chupeta e dedo) na manutenção da amamentação aos doze meses de vida.

**Tabela 3.** Relação entre os hábitos orais investigados com a amamentação aos doze meses de vida.

| Hábitos Oraís                         |     | Amamentação aos doze meses |            |
|---------------------------------------|-----|----------------------------|------------|
|                                       |     | Não                        | Sim        |
| Total                                 |     | 20 (45,5%)                 | 24 (54,5%) |
| Sucção Nutritiva (Mamadeira)          | Não | 02 (10%)                   | 14 (58,3%) |
|                                       | Sim | 18 (90%)                   | 10 (41,7%) |
| p-valor <0,01*                        |     |                            |            |
| Sucção Não Nutritiva (Chupeta e Dedo) | Não | 02 (10%)                   | 16 (66,7%) |
|                                       | Sim | 18 (90%)                   | 08 (33,3%) |
| p-valor <0,01*                        |     |                            |            |

Legenda: \*indicam valores estatisticamente significativos de acordo com teste exato de Fisher.

A minoria das nutrizes manteve o AME até os seis meses (n=6, 13,63%), sendo mantido, em média, por 2,8 meses ( $\pm 2,5$ ). A idade média das nutrizes que realizou aleitamento materno exclusivo foi de  $26 \pm 10$  e o aleitamento materno predominante (AMP) foi  $27,3 \pm 5,9$ .

## ■ DISCUSSÃO

A amamentação é um tema complexo e multidimensional, cujos fatores determinantes para sua manutenção, em virtude de envolver aspectos culturais e biopsicossociais.

A amostra deste estudo evidenciou um percentual reduzido de AME (13,6%). No entanto, houve um aumento em comparação às duas últimas décadas, uma vez que pesquisa (SENA; SILVA; PEREIRA, 2007) mostrou que, em 1999, o percentual foi de 7,5%. Embora modesta, esta conquista só foi possível graças à uma gama de ações, como a ampliação e divulgação do conhecimento dos profissionais da saúde do Estado, aumento da quantidade de cursos da Saúde oferecidos por instituições de ensino, incremento de ações de ensino, pesquisa e extensão e inclusão de hospitais e maternidades na IHAC. Apesar do aumento, muito ainda há a ser feito e os desafios são grandes.

Ao ser realizada a análise da idade materna com o aleitamento materno (exclusivo e o predominante) até os seis meses, pode ser verificada que a idade média das nutrizes com AME e do AMP foi bastante semelhante. Além disso, mais da metade da amostra (n=24, 54,5%) manteve a amamentação parcial até o primeiro ano de vida de seus bebês. Um estudo publicado em 2019 (ACHARYA *et al.*, 2019) constatou que mães com idades entre 35 e 45 anos fizeram menos oferta da amamentação exclusiva. Em consonância com este resultado, no presente estudo, das seis mães com essa faixa etária, apenas duas fizeram





a oferta exclusiva de leite materno. No entanto, um grupo amostral maior poderia verificar com maior fidedignidade a associação da idade materna com a AME. Outro estudo indicou também que mães mais jovens tendem a não amamentar após um ano de idade (ISLAM; IGARASHI; KAWABUCHI, 2018), entretanto o presente estudo acompanhou a amamentação apenas até o primeiro ano de vida, sendo sugerido análise deste quesito em estudos futuros.

Em relação às mães primíparas do nosso presente estudo, apenas uma manteve o AME, cinco mantiveram o AM predominante, dois o AM parcial e seis relataram o desmame precoce, ratificando que a primiparidade pode dificultar o aleitamento materno (MARGOTTI; EPIFANIO, 2014). Isto porque, a pouca experiência materna em relação à amamentação é considerada um fator de risco para o desmame precoce e as mães que já tiveram experiência prévia positiva relacionada ao aleitamento materno possivelmente terão mais facilidade na prática da amamentação, como foi visto no presente estudo, em que a maior parte das nutrizes com idade superior a 18 anos eram múltiparas (n=30, 68,2%), amamentando seus bebês por, pelo menos, seis meses, corroborando com a literatura (COHEN *et al.*, 2018).

No momento em que há a oferta de alimentos líquidos (como água, chás, sucos e, como a amostra foi coletada no nordeste brasileiro, houve a oferta de água de coco), quer seja de forma precoce ou não, via mamadeiras e/ou chuquinhas, há a necessidade da família ser orientada pelos profissionais da saúde quanto à possibilidade da contaminação de seus bicos, bem como quanto ao desmame precoce e ao aumento da morbimortalidade infantil.

Outro aspecto analisado foi a escolaridade das mães, sendo que a maioria da literatura (ACHARYA *et al.*, 2019; JACKSON *et al.*, 2019; MARGOTTI; EPIFANIO, 2014; COHEN *et al.*, 2018; ALVARENGA *et al.*, 2017) evidenciou a influência da baixa escolaridade na interrupção do AME e no DP. No entanto, uma pesquisa (GASPARIN *et al.*, 2019) evidenciou que a probabilidade para tal interrupção também existe em nutrizes que apresentam mais de oito anos de escolaridade.

Em contrapartida, há pesquisadores que argumentam que o maior o nível de escolaridade oferece tendência em amamentar por mais tempo, pois o acesso à informação é maior (ALVARENGA *et al.*, 2017) e aumenta a intenção para a amamentação (VIEIRA *et al.*, 2016). Os resultados obtidos corroboram a literatura consultada no sentido de que a baixa escolaridade influenciou negativamente o AME.

Com relação ao nível socioeconômico, a pobreza parece ser a raiz do problema (FAYE; FONN; KIMANI-MURAGE, 2019) e as mulheres de baixa renda geralmente são as que procuram menos os serviços de pré-natal e, quando o fazem, realizam mais tardiamente (ALVARENGA *et al.*, 2017; BRANDÃO *et al.*, 2016). Este fato resulta em menos orientações relacionadas à amamentação, assim como acontece com as mães com baixa escolaridade, como citado anteriormente. Mesmo que a amostra deste estudo tenha realizado o parto em





um IHAC e tenha sido avaliada, recebido assistência hospitalar para a amamentação, bem como orientação e sanado dúvidas pelo auxílio de diferentes especialistas (Fonoaudiologia, Enfermagem, Medicina, Nutrição entre outros), as interconsultas que ampliam o conhecimento e fortalecem a estratégia do incentivo ao aleitamento materno pode ficar comprometida e, infelizmente, esta informação não fez parte do escopo da pesquisa, sendo esta uma limitação deste estudo.

Uma pesquisa (ESCARCE *et al.*, 2013) demonstrou situação semelhante, em que as mães afirmavam reconhecer a importância da AME até os seis meses, mas contraditoriamente introduziam líquidos precocemente. Outro estudo (ISLAM; IGARASHI; KAWABUCHI, 2018) observou maior tempo de oferta do aleitamento materno entre as mulheres mais pobres, uma vez que envolve menores custos. Infelizmente, os resultados obtidos em nosso estudo, em relação ao AME, estão abaixo dos países de baixa e média rendas, em que 37% das crianças menores de idade recebem a amamentação exclusiva (VICTORA *et al.*, 2016), evidenciando a complexidade do panorama atual no interior do Estado em que a pesquisa foi realizada.

Associado a isso, a influência cultural no AME tende a ser muito forte. É comum, no Brasil, crenças sobre o leite materno ser fraco e insuficiente (REIS *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2015), justificando a complementação alimentar com outros líquidos. As depoentes do estudo citaram a introdução precoce da água e da água de coco, em virtude das altas temperaturas do nordeste brasileiro; de chás, a fim de minimizar as cólicas de seus filhos e leites engrossados (“gogós”, como assim o denominam nesta região do país), leite de vaca ou fórmulas, em virtude de acreditarem que o leite materno é “fraco e insuficiente”.

Sabe-se que o leite materno apresenta alta qualidade dietética, promovendo satisfatório crescimento e desenvolvimento infantis, enquanto a oferta de água e chás antes dos seis meses de vida pode levar à saciedade, diminuindo assim a ingestão do leite materno e interferir negativamente no desenvolvimento.

No entanto, em algumas situações, tidas como excepcionais, o leite de fórmula precisa ser oferecido ao bebê. Um estudo verificou (QUIGLEY; EMBLETON; MCGUIRE, 2019), por meio de revisão sistemática, os efeitos da alimentação com fórmula comparada com o leite materno de banco de leite no crescimento e desenvolvimento dos participantes, sendo verificado que os lactentes alimentados com fórmula apresentaram maiores ganho de peso e de crescimento (linear e de cabeça), entretanto também apresentaram maior risco para enterocolite necrosante.

Convém também levar em consideração a situação conjugal e o trabalho materno. Estudo conduzido no noroeste da Etiópia (ABIE; GOSHU, 2019) apresentou amostra (idade, situações marital e de trabalho) e resultados semelhantes aos nossos, em que a maioria das nutrizes iniciou cedo a amamentação. Mães com estado civil de união estável parecem





ter uma influência positiva sobre o aleitamento materno, sendo que os pais adultos jovens apresentam maior conhecimento sobre a amamentação. O principal motivo citado, por um estudo, pelos companheiros, para o auxílio e incentivo à amamentação, foi o desejo de apoiar a companheira e o dificultador, a jornada de trabalho (LIMA; CAZOLA; PÍCOLI, 2017). No presente estudo a maioria das mães não trabalhava fora e morava com seus companheiros.

Além disso, há de se enfatizar que a decisão relacionada à alimentação infantil, em geral, não é apenas materna, pois as avós também parecem desempenhar um papel importante nas decisões das famílias e os pais raramente se envolvem nos assuntos relacionados à alimentação infantil (FAYE; FONN; KIMANI-MURAGE, 2019). Um estudo brasileiro conduzido com os avós (FERREIRA *et al.*, 2018) ratificou o exposto, tendo em vista que 69% das avós entrevistadas haviam oferecido chá e água a seus netos e apoiavam a introdução de alimentos antes dos seis meses de vida, diminuindo as chances do AME. Os resultados evidenciam a herança cultural e empírica, passada pelas gerações (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Isto, ainda hoje, dificulta a superação dessas crenças. O depoimento da influência das avós foi bastante comum no nosso estudo, reforçando a influência cultural do DP.

Outro fator a ser considerado diz respeito ao tipo de parto. Um estudo (PEREIRA *et al.*, 2013) demonstrou que mulheres que tiveram parto cesariano apresentaram maior chance para o início tardio do AM. Isto ocorre possivelmente devido à dificuldade no posicionamento do lactente e retardo das respostas endócrinas, pois o corpo da mãe pode não estar preparado para a produção adequada do leite e pelo uso de medicamentos, mais frequentes nestes casos, comprometendo a prática da amamentação. No entanto, não foi verificada associação entre tipo de parto e o desmame precoce na amostra do estudo, pois mesmo as mães que fizeram cesárea conseguiram amamentar seus bebês já nos primeiros dias, na própria maternidade e a maioria manteve o aleitamento materno pelo menos nos primeiros seis meses. Isto pode ser justificado pela atuação da equipe interdisciplinar, principalmente no pós-parto, com ações de incentivo à oferta do leite materno, mesmo diante de dificuldades iniciais.

Em revisão sistemática de metanálise (COHEN *et al.*, 2018) foram identificados seis fatores perinatais de alto impacto para o início e a continuação da amamentação, destacando-se a maior escolaridade materna, o alojamento conjunto hospitalar (ACH), a ausência de tabagismo, o parto vaginal, a multiparidade e a educação sobre aleitamento materno. Tais fatores podem ser incentivados e favorecer o sucesso da amamentação. As nutrizes da nossa amostra tiveram seus filhos em um IHAC, que contempla dentre os seus princípios, o incentivo ao aleitamento materno nas primeiras horas de vida, a oferta de orientações, o apoio às nutrizes por diferentes profissionais, a retirada de dúvidas, sendo estes os fatores considerados positivos para que a maioria das participantes apresentassem início precoce







da amamentação, bem como mantivessem o aleitamento até um ano de idade, embora não tenha sido suficiente para o AME do grupo estudado.

Outros aspectos acarretam em DP, como os hábitos orais (chupeta, mamadeira, dedo entre outros) (BATISTA; RIBEIRO; NASCIMENTO, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2015), pois pode haver confusão de bicos devido às suas diferenças.

É importante destacar também que a associação entre o uso de chupeta e o desmame precoce se dá em duas vias, tanto o DP pode levar ao uso de chupeta, quanto o uso de chupeta pode ser um fator de risco para o DP (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Assim, ações de promoção e prevenção da saúde nestas temáticas são importantes para este público.

O uso de chupeta, por exemplo, é um hábito cultural, em que a população o considera inofensivo ou até mesmo necessário e benéfico para o desenvolvimento do bebê, deixando-os mais tranquilos, com forte tendência a ser apresentado à criança desde o nascimento (OLIVEIRA *et al.*, 2015). A maternidade do estudo faz parte da IHAC, evidenciando a preocupação da instituição com a alimentação infantil e com o aconselhamento às nutrizes sobre os malefícios da introdução de chupetas, mamadeiras e bicos, porém muitas participantes informaram que ainda no primeiro mês de vida muitos bebês a estavam utilizando. Nossos resultados evidenciaram o DP em virtude dos hábitos de sucção não nutritivos (chupeta e dedo) e nutritivos (mamadeira), concordando com demais pesquisas da área (BATISTA; RIBEIRO; NASCIMENTO, 2017; GASPARIN *et al.*, 2019).

Ainda sobre os hábitos orais, deram-se ênfases às orientações quanto ao prejuízo do seu uso, tanto durante a estadia na maternidade quanto no final do primeiro ano de vida dos bebês, sendo essa uma área de foco da atuação de toda equipe de saúde, em especial, da Fonoaudiologia. Desta forma, há a necessidade de que tais orientações sejam fornecidas e reforçadas nos períodos pré e pós-natais por toda equipe de saúde.

Os hábitos orais podem acarretar, dependendo de sua frequência, intensidade e duração, alterações morfofuncionais no sistema estomatognático, como indicado por pesquisadores do assunto (BATISTA; RIBEIRO; NASCIMENTO, 2017), sendo tais alterações percebidas pelos familiares (PEREIRA; OLIVEIRA; CARDOSO, 2017). Entretanto, o seu uso no período noturno tem sido indicado pela *American Academy of Pediatrics* em virtude da redução do risco da síndrome da morte súbita infantil e como reforço de seu efeito calmante sobre o comportamento infantil (EIDELMAN, 2019), o que indica que mesmo as instituições de saúde não reforçam os efeitos deletérios deste hábito.

Assim, o presente estudo sugere uma associação negativa entre o desmame precoce e a manutenção do aleitamento materno até um ano de idade. O que indica que os desafios para a manutenção da amamentação ultrapassam o acesso às informações pelas nutrizes. Estudos e ações intersetoriais precisam ser realizadas para que os resultados sejam





satisfatórios; além de ações que englobem toda a sociedade, pois uma mãe não amamenta sozinha, precisa de uma rede de apoio ao seu lado, tanto no puerpério, período tão desafiador, quanto nos primeiros anos do infante.

## ■ CONCLUSÃO

Na amostra do estudo houve influência dos hábitos orais de sucção nutritiva (mamadeira) e não nutritiva (dedo e chupeta) no desmame precoce e na manutenção da amamentação por doze meses de vida. Com isso, observa-se a importância do fonoaudiólogo fazer parte da equipe interdisciplinar na saúde materno-infantil desde o período pré-natal, complementando as orientações sobre aleitamento, introdução de alimentação e suas relações com as funções orais, de fala e linguagem, aumentando assim as chances de que o aleitamento materno seja exclusivo até os seis meses e continuado até os dois anos ou mais, como preconizado nacional e internacionalmente.

## ■ REFERÊNCIAS

1. ABIE, B.M.; GOSHU, Y.A. Early initiation of breastfeeding and colostrum feeding among mothers of children aged less than 24 months in Debre Tabor, northwest Ethiopia: A cross-sectional study. **BMC Res Notes [Internet]**. v.12, n.1, p.:1–6, 2019. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4094-6>
2. ACHARYA, D. et al. Maternal factors and the utilization of maternal care services associated with infant feeding practices among mothers in rural Southern Nepal. **Int j environ res public Heal**. n.16, v.11, Maio de 2019. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/11/1887>
3. ADENIYI, O.V., et al. Beyond health care providers' recommendations: understanding influences on infant feeding choices of women with HIV in the Eastern Cape, South Africa. **Int Breastfeed J**, v.14, n.1, p.7, 2019.
4. ALVARENGA, S.C., et al. Factors that influence early weaning. **Aquichan [Internet]**. v.17, n.1, p.:93–103, Fev. 2017. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/5211/pdf>
5. BATISTA, C.L.C.; RIBEIRO, V.S.; NASCIMENTO, M.D.S.B. Influence of the use of artificial nipples and baby bottles in breastfeeding. **JHBS [Internet]**. v.5, n.2, p.:184, 2017. Available from: <http://periodicos.unichristus.edu.br/index.php/jhbs/article/view/1153>.
6. BHANDARI, S., et al. Determinants of infant breastfeeding practices in Nepal: a national study. **Int Breastfeed J [Internet]**. n.14, v.1, p.:1-17, 2019. Available from: <https://international-breastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13006-019-0208-y>.
7. BRANDÃO, A. P. M., et al. Breastfeeding: factors affecting the early weaning. **Rev. cient. FacMais**. v.5, n.1, p.:11–24, 2016.



8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Perguntas frequentes: amamentação e Covid-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
9. CHAMPENY, M., et al. Predictors of breast milk substitute feeding among newborns in delivery facilities in urban Cambodia and Nepal. **Matern Child Nutr** [Internet]. n.15, v.S4, p.:e12754, Jun. 2019. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/mcn.12754>.
10. CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J. A.; SANTIAGO, L. B. Aleitamento materno e terapêutica para a doença coronavírus 2019 (COVID-19). **Resid. pediátr.**, v. 10, n. 2, p. 1-6, 2020.
11. COHEN, S.S. et al. Factors associated with breastfeeding initiation and continuation: a meta-analysis. **J pediatr** [Internet]. v.203, p.:190-196.e21, Dez. 2018. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.08.008>.
12. EIDELMAN, A.I. Routine pacifier use in infants: pros and cons. **J Pediatr (Rio J)** [Internet]. v.95, n.2, p.:121–3, 2019. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2018.03.002>.
13. ESCARCE, A.G., et al. Influence of guidance about breastfeeding in the behavior of a university hospital users. **Rev. CEFAC** [Internet]. v.15, n.6, p.:1570–82, Dez. 2013. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462013000600020&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462013000600020&lng=pt&tlng=pt)
14. FAYE, C.M.; FONN, S.; KIMANI-MURAGE, E. Family influences on child nutritional outcomes in Nairobi's informal settlements. **Child Care Heal Dev** [Internet]. v.45, n.4, p.:509–17, Jul. 2019. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cch.12670>.
15. FERREIRA, T.D.M., et al. Influence of grandmothers on exclusive breastfeeding: cross-sectional study. **Einstein (São Paulo)** [Internet]. v.16, n.4, 2018. Available from: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/influencia-das-avos-no-aleitamento-materno-exclusivo-estudo-descriptivo-transversal/>.
16. GASPARIN, V.A., et al. Pairs seen by lactation consultants and cessation of exclusive breastfeeding in the first month. **Rev Esc Enferm USP** [Internet]. v.53, P.: 1-7, 2019. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342019000100403&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100403&tlng=en).
17. HUANG, P. et al. Individualized intervention to improve rates of exclusive breastfeeding. **Medicine (Baltimore)** [Internet]. n.98, v.47, p.:e17822, 2019. Available from: <http://journals.lww.com/10.1097/MD.00000000000017822>.
18. ISLAM, G.M.R.; IGARASHI, I.; KAWABUCHI, K. Inequality and mother's age as determinants of breastfeeding continuation in Bangladesh. **Tohoku j exp med** [Internet]. v.246,n.1, p.:15–25,2018. Available from: [https://www.jstage.jst.go.jp/article/tjem/246/1/246\\_15/\\_article](https://www.jstage.jst.go.jp/article/tjem/246/1/246_15/_article).
19. JACKSON, D., et al. Changes in rates of early exclusive breast feeding in South Africa from 2010 to 2013: data from three national surveys before and during implementation of a change in national breastfeeding policy. **BMJ Open** [Internet]. n.9, v.11, 2019. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2018-028095>.
20. LIMA, J.P.; CAZOLA, L.H.D.O; PÍCOLI, R.P. Involvement of fathers in the breastfeeding process. **Cogitare Enferm** [Internet]. v. 22, n.1, p.:1–7, Fev. 2017 Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47846>.
21. MARGOTTI, E; EPIFANIO, M. Exclusive maternal breastfeeding and the Breastfeeding Self-efficacy Scale. **Rev Rene** [Internet]. v.15, n.5, p.:771–9, Out. 2014. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3240/2495>.

22. MELO, P.G.B. et al. Analysis of breastfeeding and non nutritious suction in children from 0 to 12 years old. **Rev Uningá**. v.53, v.2, p.:73–80, 2017.
23. OLIVEIRA, C.S. et al. Breastfeeding and complications that contribute to early weaning Lactancia. **Rev Gaúcha Enferm [Internet]**. v.36, p.:16–23, 2015. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000500016&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500016&tlng=pt).
24. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Aleitamento materno e a doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19)**. Informações científicas [Internet]. Washington: OPAS, p. 1– 3, 2020. Available from: <https://doi.org/10.1101/2020.05>.
25. PEREIRA, C.R.V.R., et al. Assessment of factors that interfere hour of life. **Rev Bras Epidemiol**. v.16, n.2, p.:525–34, Jun. 2013. Available from: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2013.v16n2/525-534/pt/>
26. PEREIRA, T.S.; OLIVEIRA, F.; CARDOSO, M.C.A.F. Association between harmful oral habits and the structures and functions of the stomatognathic system: perception of parents/guardians. **Codas**. v.29, n.3, 2017.
27. QUIGLEY, M.; EMBLETON, N.D.; MCGUIRE, W. Formula versus maternal breast milk for feeding preterm or low birth weight infants. **Cochrane database syst rev [Internet]**. v.27, n.8, p.:1–96, Agosto 2019. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002972.pub3>
28. REIS, A.H., et al. Emotion Regulation Checklist (ERC): Estudos preliminares da adaptação e validação para a cultura Brasileira. **Temas em Psicol**. v. 24, n.1, p.:77–96, 2016.
29. SENA, M.C.F.; SILVA, E.F.; PEREIRA, M.G. Prevalence of breastfeeding in Brazilian capital cities. **Rev Assoc Med Bras [Internet]**. v.53, n.6, p.:520–4, 2007. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302007000600020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000600020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt).
30. SHATI, A.A., et al. Occurrence of diarrhea and feeding practices among children below two years of age in Southwestern Saudi Arabia. **Int J Environ Res Public Heal [Internet]**. v.17, n.3, p.:722, 2020. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/3/722>.
31. VICTORA, C.G., et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms and life-long effect. **Lancet [Internet]**. v.387, p.:475–90, 2016. Available from: <http://ieeexplore.ieee.org/document/916583/>.
32. VIEIRA, T. O., et al. Maternal intention to breastfeed: a systematic review. **Ciênc Saúde Colet [Internet]**.v.21, n.12,p.:3845–58, Dez. 2016. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016001203845&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001203845&lng=pt&tlng=pt)

---

# Limites e possibilidades de atuação da enfermeira obstetra nas casas de parto

| **Paula Cristhina Niz Xavier**  
UFMS

| **Roselene Bronel Santos**  
SS/DOURADOS

| **João Xavier Martins neto**

| **Kelly Lopes Araújo Appel**  
UFMS

# RESUMO

**Objetivo:** O objetivo da pesquisa foi analisar os documentos legais de enfermagem e atribuições do enfermeiro frente ao parto humanizado e casas de parto, na perspectiva de orientar a classe sobre possibilidades e limites de atuação da enfermeira obstetra.

**Metodologia:** trata-se de uma pesquisa qualitativa, embasada na pesquisa literária, quando numa abordagem histórica, foram analisados Leis e Decretos-Leis que normatizaram a prática da enfermagem no campo obstétrico no Brasil.

**Resultados:** Os resultados revelaram que a enfermeira obstetra é preparada adquirindo conhecimentos e habilidades básicas durante os treinamentos, cursos preparatórios, estágios e residências, para conduzir com competência à assistência as parturientes durante os partos sem distócias nas casas de partos, contribuindo assim para a Política de Humanização do SUS. **Conclusão:** Conclui-se que a enfermeira obstetra possui conhecimentos técnicos e habilidades para desenvolver suas atividades nas casas de partos, pois além da técnica adquirida e competência alcançada, se encontra respaldada em legislações e portarias, mas, seu trabalho será efetivado se houver conhecimento pelo próprio profissional de seu papel como assistencialista e de outros profissionais.

**Palavras-chave:** Política de Humanização, Enfermeiro Obstétrico, Casas de Parto, Legislações Enfermagem, Obstetrícia.



## ■ INTRODUÇÃO

No Brasil, a incorporação do ensino de práticas obstétricas data de 1832, quando as Academias Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia foram transformadas em Faculdades de Medicina oferecendo o Curso de Partos, formando, portanto, parteiras. Nesta época, era concedida uma “carta de exame” as mulheres que se dedicavam ao parto, tal documento era liberado pelo Físico-Mor ou Cirurgião-Mor do Império, e uma licença da Chancelaria. Esta ação deixa claro que já nesta época a atividade das parteiras eram de uma certa forma controlada pelos médicos. (OSAWA *et al.*, 2006)

A busca da prevenção e ansia em se evitar os óbitos maternos e perinatais levou à transferência da assistência ao parto institucional. Os procedimentos, no início, eram feitos em salas de parto, posteriormente ganharam novo espaço ocupando as salas cirúrgicas que passaram a seguir com os cuidados relacionados a antissepsia preconizados para os procedimentos cirúrgicos abertos. (CECATTI; CALDERON, 2005)

Dentro deste contexto, os Centros de Parto Normal surgiram como uma opção atenuada entre os partos institucionalizados e os partos domiciliares. Hoje têm como proposta tornar os acontecimentos do parto uma experiência positiva na vida da mulher, com o mínimo de procedimentos invasivos, oferecendo as gestantes uma assistência individualizada, respeitando sua autonomia e sexualidade indo de encontro com a Política de Humanização do Parto e Nascimento. (SEIBERT *et al.*, 2008)

As ações preconizadas pelo Ministério da Saúde têm como ponto de partida a necessidade de diminuir a morbidade e mortalidade materna e melhorar os resultados perinatais, com a perspectiva de valorizar o momento do parto tornando em um momento humanizado para a parturiente e família, porém, dentro dos padrões legais. (BRASIL, 2000; BRASIL, 2002; WINCK & BUGGEMANN, 2010)

O Ministério da Saúde juntamente com outros órgãos não-governamentais, têm proposto o resgate do parto natural, com estímulo da atuação da enfermeira obstetra na assistência à gestação e parto, a fim de respeitar e criar condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas e biológicas. (BRENES, 1991; BRASIL, 1997; CECATTI; CALDERON, 2005)

Seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2004) preconizadas para humanizar o parto, o Ministério da Saúde através da Portaria Ministerial nº 985 de 5 de Agosto de 1999, criou o Centro de Parto Normal no âmbito do Sistema Único de Saúde, estabelecendo critérios para implantação e definindo recursos humanos necessários, área física, equipamentos mínimos, atribuições e competências. (BRASIL, 1999)

## ■ OBJETIVOS

Analisar os documentos legais de enfermagem e atribuições do enfermeiro frente ao parto humanizado e casas de parto, na perspectiva de orientar a classe sobre possibilidades e limites de atuação da enfermeira obstetra.

## ■ METODOLOGIA

O estudo em questão foi elaborado através de revisão de literatura, a pesquisa bibliográfica é o levantamento de toda a bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita conforme descrito por Severino (2017).

Descritores utilizados: Política de Humanização; Enfermeiro obstétrico; Casas de parto; Legislações Enfermagem; Obstetrícia.

Critérios de inclusão: foram incluídos todos os artigos que atendiam ao tema.

Critérios de exclusão: foram excluídos todos os artigos que não atendessem aos descritores e que fossem com ano abaixo de 1985.

Esta pesquisa foi feita ano 2014 com atualizações em 2021.

Na pesquisa bibliográfica foram consultadas literaturas relativas ao assunto em estudo, artigos publicados em banco de dados de referências como LILAS, SCIELO, PUBMED.

## ■ ANÁLISE E DISCUSSÃO

No cenário atual, o trabalho da enfermeira obstétrica tem sido incentivado pelas Políticas Nacionais de Saúde, inclusive, durante alguns anos, o Ministério da Saúde apoiou financeiramente a realização de cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica, devido à compatibilidade dessa formação com as tendências contemporâneas de atenção a gestação, parto e puerpério. (RIESCO; TSUNEECHIRO, 2002, *apud* WINCK; BUGGEMANN, 2010)

As competências técnicas das enfermeiras obstétricas encontram-se embasado em decretos, portarias e na própria resolução do exercício profissional.

O sistema público de saúde admite a atuação do profissional de enfermagem no processo de parturição, com normatização legal feita pela Portaria nº 163, de 22/09/1998, da Secretária de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, e da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem 223/1999. Isso demonstra que a assistência ao parto não constitui um ato exclusivamente médico. Várias leis regulamentam e determinam as responsabilidades e limites, tanto jurídicos como éticos da enfermagem. Dentre elas, a Lei Federal no 7.498/1986, Art.1º, que atualiza a regulamentação da profissão de parteiras com diplomas



concedidos por escolas estrangeiras, o que garante os direitos de todos que compõem a classe de enfermagem. (BRASIL, 1986)

Outra legislação que podem respaldar o profissional de enfermagem é a Lei Federal no 8.967/94, Dec. no 94.406/87 (Regulamentação), em seu Art. 9º, que define o que são parteiras. (BRASIL, 1987)

Além dessas, o Ministério da Saúde inclui, na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, o parto normal sem distócia, realizado por enfermeiro obstetra referenciado na (BRASIL, 1998) e completando, ainda existe a Resolução Normativa nº 167/2007, que atualiza o rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, e, determina ainda que para fins de cobertura o parto normal poderá ser realizado por Enfermeiro Obstétrico, habilitado de acordo com as atribuições definidas pela Lei Federal nº 7.498/1986, que rege o exercício profissional do Enfermeiro, regulamentado pelo Decreto nº 94.406/1987, conforme disposto no artigo 5º desta Resolução Normativa. (BRASIL, 2007)

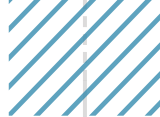
Amplia-se a gama de procedimentos permitidos ao profissional de enfermagem, com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN - nº 195/1997, que garante a legalidade da solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro descrito no art.1º. (BRASIL, 1997)

Outra normatização disposta no artigo 3º, da Resolução nº 223/1999, onde cita as responsabilidades da enfermeira obstetra, enfatizando a atividade de assistência à parturiente e ao parto normal, bem como a identificação das distócias obstétricas e tomada de todas as providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, de conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança do binômio mãe/filho. (BRASIL, 1999)

Também é atividade da enfermeira obstétrica, segundo esta resolução, a realização de episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando couber, assim como, emissão do laudo de enfermagem para autorização de internação hospitalar, esses dispostos estão relatados no anexo da Portaria SAS/MS- 163/98. Outra atividade permitida ao enfermeiro obstétrico é o acompanhamento da cliente sob seus cuidados, da internação até a alta, segundo Brasil, (1999).

Em 30 de agosto de 2000, entrou em vigor a Resolução COFEN nº 240, a qual estabelece que o enfermeiro tenha a responsabilidade de assegurar uma assistência de enfermagem de qualidade, garantindo a integridade física do paciente, referindo-se ainda que a mesma só deva executar os procedimentos após criteriosa análise técnica e legal, devendo o enfermeiro buscar sempre atualizações na intenção de melhorar a qualidade da prestação de seus serviços, no entanto, esta resolução foi atualmente revogada pela Resolução COFEN-311/2007. (BRASIL, 2007)





Embasado em legislações, as atribuições da enfermeira obstétrica nas casas de parto não se restringem apenas na atenção ao parto, mas, em todo o seu ciclo de vida indo de encontro a Política de Humanização da Assistência ao Parto e Puerpério.

Segundo Silva *et al.*, (2001), na Casa de Parto que é a unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusiva ao parto normal sem distócias, a função da enfermeira obstétrica seria desenvolver atividades educativas e de humanização, acolher as gestantes e avaliar as condições de saúde materna, permitir a presença de acompanhante, avaliar atividade fetal pela realização de partograma e de exames complementares, garantir a assistência imediata ao recém-nascido em situações eventuais de risco, sendo profissional habilitado para prestar manobras básicas de ressuscitação, segundo protocolo clínico, prestar a sistematização do atendimento de enfermagem e no trabalho de parto efetivar massagens profiláticas para alívio da dor, orientar a puérpera no trabalho de parto quanto a importância de uma correta respiração e deambulação, além de atuar nos cursos profiláticos para gestantes.

Ao refletir sobre o papel da enfermeira obstétrica, abrem-se várias possibilidades de atuação, dentre elas a educação em saúde.

Neste sentido, as práticas educativas desenvolvidas pelas enfermeiras no campo obstétrico dentro das casas de parto consistem em um instrumento de suas ações de cuidado que podem transformar a maneira de parir e nascer em confluência com a (BEZERRA, 2016), enfatiza que a humanização da atenção em saúde envolve “compartilhar saberes” e “reconhecer direitos”, percebendo, nas relações, os condicionantes socioculturais, étnicos, raciais e de gênero.

Para o Ministério da Saúde, a Educação em Saúde é uma prática centrada na sociedade e um processo que contribui para a formação e desenvolvimento da visão crítica das pessoas, a respeito de sua saúde, instigando a busca de soluções e a organização para a ação coletiva. (BRASIL, 1989)

Deste modo, partilhar saberes no intuito de prevenir, promover e recuperar a saúde através de ações educativas assegura a enfermeira obstétrica oferecer assistência com ênfase no trinômio mãe-filho-família, buscando respeitar seus conhecimentos e reforçando o laço de confiança entre paciente e o profissional.

Cabe à enfermeira obstétrica, a assistência humanizada, acompanhando o pré-natal de baixo risco, trabalho de parto sem distócia e pós-parto, conforme Resolução 223/1999 do Conselho Federal de Enfermagem, executando as seguintes tarefas:

- No período pré-natal: planejar o local onde será realizado o parto;
- Analisar o risco durante a gestação; monitorar o bem-estar físico e emocional da gestante; respeitar a escolha da gestante quanto ao local de nascimento;



- Oferecer informações sempre que necessário. Já no momento da admissão, a enfermeira obstetra deve respeitar à privacidade da mulher;
- Respeitar à escolha do acompanhante e durante o trabalho de parto é função da enfermeira obstetra é, elucidar à parturiente sobre a importância das contrações para ela e para o feto; oferecer líquidos via oral, dar suporte emocional empático, usar sempre materiais descartáveis, acatar a opinião sobre a episiotomia e cortar o cordão umbilical tardio sempre com material estéril. Também cabe a enfermeira obstetra a escolha da posição durante o trabalho de parto, sempre ouvindo a opinião da parturiente, porém, favorecimento de liberdade de posição e movimento. Prescreve os medicamentos e condutas de enfermagem. (BRASIL, 1999)

Ainda dentro desta mesma resolução, em relação ao controle da dor, é papel da enfermeira obstetra, tentar fazê-lo por meio de procedimentos não invasivos e nem farmacológicos, como, por exemplo, massagens ou técnicas de relaxamento.

Quanto ao monitoramento, a enfermeira obstetra pode se valer de ausculta intermitente para averiguação do bem-estar físico e emocional da mãe e feto, por meio de partograma verificar o progresso do trabalho de parto e realizar a amnioscopia sempre que houver dúvida em relação ao aspecto do líquido amniótico.

Após a dequitação, orientar sobre: como prevenir a hipotermia do recém-nascido e como proceder à amamentação na primeira hora, além de executar exames de rotina da placenta e fazer uso de ocitócitos no terceiro estágio se houver risco de hemorragia.

É função da enfermeira obstetra em relação ao acompanhante orientá-lo quanto a sua participação e auxílio junto à parturiente sob os seguintes aspectos:

- Os acompanhantes podem deambular com a parturiente;
- Estimular sentimentos positivos na parturiente; fazer massagens;
- Fazer acompanhamento e prestar ajuda nos banhos;
- Acompanhar e auxiliar nos exercícios físicos;
- Encorajar e/ou acompanhar exercícios respiratórios;
- Estimular o descanso nos intervalos das contrações;
- Seccionar o cordão umbilical;
- Mostrar e entregar o recém-nascido à mãe quando não for possível a interação no momento do nascimento e permanecer no alojamento conjunto desde que haja respeito às normas instituídas no serviço. (GALLO et al., 2011)



Após o cumprimento desta etapa a enfermeira obstetra toma decisões específicas conforme a necessidade constatada em cada caso. Este profissional é responsável pelo acompanhamento do trabalho de parto e presta assistência aos partos normais.

Apesar das resoluções, decretos e portarias que possibilitam a atuação da enfermeira obstétrica nas casas de parto, ainda há limites na sua atuação.

Grande parte de seu tempo é destinado a administração e ligado a deficiência do pessoal de enfermagem e a grande demanda de trabalho, se evidenciam como uma dificuldade, pois distanciam as enfermeiras do cuidado, o que acaba revertendo em prejuízo para a assistência prestada à parturiente, recém-nascido e família. (VELHO *et al.*, 2010)

Para Garcia *et al* 2010, o desconhecimento, pela própria classe sobre as legislações e das resoluções de seus órgãos de classe que as amparam, tornam-nas inseguras para explorar seu potencial e exercer suas funções de forma plena, dentro de seus limites legais.

A grande dificuldade de aceitação do papel da enfermeira obstetra pela equipe médica é uma realidade. A falta de conhecimento a respeito da legislação que normatiza a atuação da enfermeira obstetra é, sem dúvida, uma razão para o questionamento da atuação da mesma pelo médico.

Existe ainda um conflito de interesse relacionado à atuação de enfermagem obstétrica, tanto no tocante à luta por mercado, quanto à formação do médico, que vê a atividade obstétrica com tecnicismo e, obrigatoriamente, como ato médico (GARCIA, *et al*, 2010).

## ■ CONCLUSÃO

A pesquisa tenta criar um apanhado que servirá de base a classe para que possam ficar orientados sobre os limites e possibilidades de atuação do profissional, respaldada em leis, resoluções e protocolos, destacando também suas limitações e chamando a atenção para os profissionais sobre o desconhecimento do seu papel e o domínio de procedimentos ligado ao ato médico.

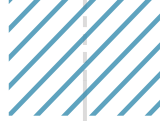
A implantação das casas de parto para o atendimento das parturientes resgatou a profissão da enfermeira obstetra bem como o parto humanizado, e é neste resgate, que a pesquisa em questão veio para contribuir, mudar paradigmas em relação ao parto deixando de forma humanizada, levando o conhecimento e habilidades necessárias para uma boa assistência, mostrando que há um grande campo de atuação, não limitando apenas a gerência nas casas de parto, vindo de encontro com a filosofia do cuidar que é observado na enfermagem.





## ■ REFERÊNCIAS

1. BEZERRA, K. A. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM): o estado da arte em 10 anos de implementação. In: Encontro Regional Norte 2015. 2016.
2. BRASIL. COFEN, Conselho Federal de Enfermagem, Resolução 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4252>. Acessado em: 09 mar. 2013.
3. BRASIL. COFEN, Conselho Federal de Enfermagem, Resolução COFEN-311/2007. Revoga a Resolução 240/2000. Aprova o Código de Ética dos profissionais de enfermagem e dá outras providências. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2402000-revogada-pela-resoluo-cofen-3112007\\_4280.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2402000-revogada-pela-resoluo-cofen-3112007_4280.html). Acesso em 30 ago. 2021.
4. BRASIL. COFEN, Conselho Federal de Enfermagem, Resolução nº 223/1999. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2231999\\_4266.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2231999_4266.html). Acessado em: 30 ago. 2021.
5. BRASIL. Decreto 94406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a lei 7498/1986 que dispõe sobre exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 09/06/1987. Seção 1,p:1, fls 8853-5.
6. GALLO, R. B. S. et al. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. Femina, p. 41-48, 2011.
7. BRASIL. Lei federal no 7498, de 25/06/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, no 9273, 26 de junho de 1986. p. 1.
8. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS, no 2815, de 29 de maio de 1998. Inclui, na tabela de informações hospitalares do SUS, procedimentos de atenção a parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. Diário oficial da união. Brasília, DF, 02 de junho de 1998. Seção 1, p. 47.
9. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria n. 985, de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema único de Saúde. [Internet]. Brasília; 1999 [citado 2008 Jan 11 ]. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/Portaria%20GM%20MS%20n%C2%BA%20985,%20de%2005ago99.pdf>. Acesso em 30 ago. 2021
10. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. Educação em Saúde: diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 1989.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução normativa no 167/2007. Atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 01 de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências. Seção IV – Do plano hospitalar em obstetrícia Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em 30 ago. 2021.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Implantação do Programa de Humanização do Pré-natal e nascimento. Brasília (DF), 2000. p. 3.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Relatório de gestão 2000-2002. Brasília (DF), 2002. p. 3.



14. BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. Cadernos de Saúde Pública, v. 7, p. 135-149, 1991.
15. CECATTI, J. G.; CALDERÓN, I. D. M. P. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 27, p. 357-365, 2005.
16. GARCIA, S. A. L.; LIPPI, U. G.; GARCIA, S. A. L. O parto assistido por enfermeira obstetra: perspectivas e controvérsias. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 23, n. 4, p. 380-388, 2010.
17. OSAWA, R. H.; RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A. Parteiras-enfermeiras e enfermeiras-parteras: a interface de profissões afins, porém distintas. Revista brasileira de enfermagem, v. 59, p. 699-702, 2006.
18. SEIBERT, S. L.; GOMES, M. L.; VARGENS, O. M. D. C. Assistência pré-natal da casa de parto do Rio de Janeiro: a visão de suas usuárias. Escola Anna Nery, v. 12, p. 758-764, 2008.
19. SEVERINO, A. J. Metodologia do trabalho científico. Cortez editora, 2017.
20. SILVA, A. S.; CUNHA, I. C. K. O.; OKASAKI, E. L. J. Humanização do parto: o papel do enfermeiro especialista em obstetrícia. RevEnferm UNISA, v. 2, p. 18-21, 2001.
21. VELHO, M. B.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. Revista brasileira de enfermagem, v. 63, p. 652-659, 2010.
22. WINCK, D. R.; BRÜGGEMANN, O. M. Responsabilidade legal do enfermeiro em obstetrícia. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 63, p. 464-469, 2010.



---

# Mortalidade infantil por causas evitáveis: intervenções de enfermagem para melhoria da assistência

| **Ana Beatriz Dorinato Pereira Neto**  
FASEH

| **Cristina Franco Lamas**

| **Rebeca dos Santos Duarte Rosa**  
FASEH

| **Alessandra Palhoni Sabarense Brandão**  
FASEH

| **Ingrid Tainá Inês dos Santos**  
FASEH

# RESUMO

**Objetivo:** Analisar as produções científicas sobre os fatores relacionados à mortalidade infantil por causas evitáveis, de modo a destacar as intervenções a serem adotadas para melhorar a qualidade da assistência infantil prestada. **Metodologia:** Estudo de Revisão Integrativa de Literatura utilizando-se textos publicados na íntegra, em português, indexados nas bases de dados da BVS, LILACS e SciELO e BDENF período de 2008 a 2019. **Resultados:** Dos 16 artigos analisados, 63% foram publicados nos últimos 5 anos; 69% publicados em periódicos Qualis B e 47% apresentam nível de evidência 4. As principais estratégias identificadas como atuação do enfermeiro na redução da mortalidade foram: realização efetiva do pré-natal, estimulando o maior número de consultas durante a gravidez; acompanhamento do recém-nascido e estímulo à imunização; atuação como educador em saúde. **Conclusão:** Torna-se nítida a grande importância de os profissionais de enfermagem manterem-se atualizados e cada vez mais capacitados em novas estratégias para realização de um atendimento eficaz.

**Palavras-chave:** Mortalidade Infantil, Causas de Morte, Cuidado da Criança e Enfermagem.

## ■ INTRODUÇÃO

Num contexto mundial, a mortalidade infantil nos países mais pobres é um problema que atinge a maioria da população. É nítida a realidade da mortalidade infantil em várias localidades no mundo e a ação mais objetiva é diminuir esta taxa. Neste contexto, ao analisar essas taxas ressalta-se a importância de avaliar a qualidade de vida de uma população<sup>1</sup>.

A taxa de mortalidade infantil expressa o número de crianças que morrem antes de completar 1 ano de vida a cada mil nascidos vivos <sup>2</sup>. Esse dado é um importante indicador das condições de vida e saúde de uma população, pois remete a situações socioeconômicas dos habitantes e a efetividade das políticas públicas para áreas de saúde, educação e saneamento <sup>3,4</sup>.

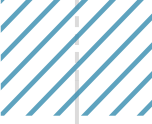
Segundo dados de 2018 do Fundo de População das Nações Unidas (*United Nations Population Fund*), a taxa de mortalidade infantil mundial é de 45 óbitos por 1.000 nascidos vivos. Se relacionarmos esses dados com os de 20 anos atrás, onde a taxa era de 65 óbitos por 1.000 nascidos vivos, fica nítida a diminuição do índice de mortalidade infantil por causas evitáveis <sup>1</sup>.

Um estudo realizado por Lansky *et al* (2014), sobre óbito neonatal, nas diferentes regiões do Brasil entre os anos de 2011 e 2012 identificou 24.061 nascidos vivos e 268 óbitos neonatais, resultando em uma taxa de mortalidade neonatal ponderada de 11,1 óbitos por mil nascidos vivos. Mas mesmo que a taxa de mortalidade infantil seja baixa em geral, diferenças significativas podem ser observadas entre as diversas partes das regiões Norte e Nordeste e nas classes sociais mais baixas. Apesar disso, dados da Organização das Nações Unidas (ONU) mostram que as médias mundiais de mortalidade infantil têm sofrido uma queda de quase 50%.

De acordo com Nascimento *et al.* (2014) a maioria dessas mortes infantis são por causas evitáveis. Dentre alguns fatores, há também aqueles destacados por Rêgo *et al.* (2018) como os relacionados à saúde reprodutiva e a qualidade da assistência oferecida durante o pré-natal, o parto e ao recém-nascido.

Mortes evitáveis ou reduzíveis são aquelas que podem ser evitadas total ou parcialmente com base na eficácia da prestação de serviços de saúde para prevenir doenças, promover a saúde e tratar condições determinantes do óbito<sup>7</sup>. Para Nascimento *et al.* (2014) o objetivo de classificar os óbitos como evitáveis é monitorar e avaliar os serviços de saúde, analisar tendências temporais e comparar indicadores entre as regiões; além de auxiliar no desenvolvimento de medidas de redução.

Segundo Souza *et al.* (2013), é no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF), que se encontra um campo rico para atuação do enfermeiro. Uma gama de estratégias onde o profissional executa a realização de



consultas, orienta, ministra treinamentos e delega funções a sua equipe de enfermagem, supervisiona as atividades, faz visitas domiciliares, disponibiliza ações educativas para as mães, relaciona a saúde da criança à sua condição de vida, levando em conta os critérios de ambiente, social e psicossocial.

Diante desse cenário, essa pesquisa busca responder a seguinte questão norteadora: Quais as estratégias de prevenção que a enfermagem deve colocar em prática e que poderão impactar na redução da mortalidade infantil?

Assim, o objetivo desta pesquisa é analisar as produções científicas sobre os fatores relacionados à mortalidade infantil por causas evitáveis, de modo a destacar as intervenções a serem adotadas para melhorar a qualidade da assistência infantil prestada.

Considerando o índice de mortalidade infantil por causas evitáveis e o impacto socioeconômico dos mesmos, além da importância da assistência de enfermagem oferecida neste contexto para diminuição da morbimortalidade infantil, este estudo torna-se relevante tendo em vista que pode suscitar reflexões e discussões sobre essa temática tanto no âmbito da prevenção como da promoção à saúde dentre os profissionais de saúde, em especial, os estudantes de enfermagem.

## ■ METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de Revisão Integrativa de Literatura que referido por Mendes, Silveira e Galvão (2008) é um método que consiste em reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão de interesse do pesquisador, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para a profunda compreensão do tema investigado. Esses autores ainda ressaltam que para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas, que incluem:

**TABELA 1.** Síntese das etapas para a construção da revisão integrativa.

| ETAPA DA METODOLOGIA                                                           | DEFINIÇÃO                                                                               | ATIVIDADES DESENVOLVIDAS                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa</b>   | É a fase na qual se define a pergunta norteadora.                                       | Pergunta Norteadora: Quais as estratégias de prevenção que a enfermagem deve colocar em prática e que poderão impactar na redução da mortalidade infantil?                                                                                                     |
| <b>2. Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos</b>     | Busca nas bases de dados para identificação dos estudos que foram incluídos na revisão. | Crítérios de Seleção: Textos disponíveis na íntegra, Idioma português, Indexados nas bases de dados da BVS, LILACS e (SciELO) e BDENF<br>Período de 2008 a 2019<br><b>Descritores:</b> Mortalidade infantil; Causas de morte; Cuidado da criança e Enfermagem. |
| <b>3. Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados</b> | Criação de um quadro como instrumento de coleta dos dados.                              | Criação de um quadro com os tópicos a serem investigados;<br>Extração das informações;<br>Organização e sumarização das informações; Formação do banco de dados.                                                                                               |





| ETAPA DA METODOLOGIA                      | DEFINIÇÃO                                                                                                       | ATIVIDADES DESENVOLVIDAS                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>4. Avaliação dos estudos incluídos</b> | Análise de forma crítica e exposição dos diferentes resultados.                                                 | Leitura na íntegra e detalhada dos estudos;<br>Seleção dos estudos que responderam à questão norteadora;<br>Análise crítica dos estudos selecionados.                                                                                         |
| <b>5. Interpretação dos resultados</b>    | Comparação do conhecimento teórico, identificação das conclusões e implicações advindas da revisão integrativa. | Apresentação dos resultados conforme tópicos elencados no quadro elaborado para coleta de dados;<br>Discussão dos resultados estruturados em três categorias (saúde dos recém-nascidos, saúde da mulher e os determinantes sociais de saúde). |
| <b>6. Apresentação da revisão</b>         | Documento que descreve detalhadamente a revisão.                                                                | Resumo das evidências disponíveis;<br>Criação de um documento que descreva detalhadamente a revisão;<br>Propostas de recomendações; Sugestões para futuras pesquisas.                                                                         |

Para a busca bibliográfica, foram utilizados os descritores já citados acima: mortalidade infantil; causas de morte; cuidado da criança e enfermagem. Por meio destes descritores colocou-se em prática a combinação por meio de um operador booleano AND no campo de título, resumo e assunto da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), seguindo a seguinte estratégia: “mortalidade infantil” AND “Causas de morte”; “Cuidado da criança” AND “enfermagem”.

Posteriormente, foi realizada a leitura seletiva por meio de resumos para identificar os artigos que atendessem ao objetivo do estudo. Ao adquiri-los foi feita uma leitura analítica para ordenar as informações encontradas e, finalmente, uma leitura interpretativa visando a compreensão do material escolhido e construção teórica para posterior análise.

Sucessivamente foi realizada a análise de dados, onde os artigos selecionados foram estruturados em um quadro contendo os artigos relevantes para a revisão sistemática a fim de avaliar a qualidade dos estudos conforme a avaliação do nível de evidência pelo Qualis Periódicos. De acordo com a sumarização da qualidade dos artigos, os resultados foram tabulados para análise estatística dos dados sintetizados.

A análise da qualidade dos artigos com base na classificação proposta pela “prática baseada em evidências” está descrita em sete níveis: nível 1 – evidências de revisão sistemática ou metanálise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados, ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2 – evidências derivadas de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3 – evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4 – evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5 – evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6 – evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7 – evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (GALVÃO, 2006).

## ■ RESULTADOS

Para melhor identificar as publicações que constituem esta revisão, criou-se um quadro sintetizado, que contém informações relacionadas ao título do artigo; nome da revista; o ano de publicação; classificação do tipo de estudo; classificação em relação ao qualis capes/ nível de evidência; principais causas identificadas no artigo e resposta a questão norteadora.

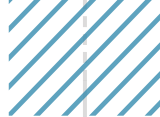
**QUADRO 1.** Caracterização e síntese das publicações incluídas na revisão integrativa, segundo o título do artigo, nome da revista, ano da publicação, tipo de estudo, qualis capes/nível de evidência, principais causas identificadas no artigo e resposta a questão norteadora.

| <i>Título do artigo</i>                                                                                                                                                            | <i>Nome da revista</i>              | <i>Ano da publicação</i> | <i>Tipo de estudo</i>                       | <i>Qualis capes/ Nível de evidência</i> | <i>Principais causas identificadas no artigo</i>                                                                                                                                                | <i>Resposta a questão norteadora</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.Mortalidade infantil por causas evitáveis em uma cidade do Nordeste do Brasil                                                                                                    | Revista Brasileira de Enfermagem    | 2014                     | Estudo de coorte transversal                | A2/ Nível 4                             | As mortes por síndrome da angústia respiratória e feto e recém-nascido afetado por transtornos hipertensivos e renais foram responsáveis pelas maiores proporções das mortes.                   | Adequada atenção à mulher na gestação.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 2.Óbitos evitáveis de menores de cinco anos na macrorregião Norte do estado de Minas Gerais, Brasil                                                                                | Revista Bioética                    | 2018                     | Estudo epidemiológico de caráter descritivo | B2/ Nível 6                             | Problemas congênitos, fatores da saúde materna e complicações durante a gestação e parto.                                                                                                       | Gestantes compareceram à primeira consulta pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 3.Fatores de risco para mortalidade neonatal, com especial atenção aos fatores assistenciais relacionados como os cuidados durante pré-natal, parto e história reprodutiva materna | Jornal de Pediatria                 | 2013                     | Estudo Caso Controle                        | B1/ Nível 4                             | Condições socioeconômicas. Fatores maternos, complicações da gravidez e do parto, precária assistência ao pré-natal e atenção não adequada aos recém-nascidos nas salas de parto dos hospitais. | Acessibilidade e a utilização mais efetiva do conhecimento científico e tecnológico existente. Realizar o pré-natal adequado que consta de uma consulta no primeiro trimestre de gestação, com no mínimo quatro consultas, aferição do peso, pressão arterial, altura uterina e ausculta dos batimentos cardíacos em todas as consultas. |
| 4.Caracterização de hábitos e ambientes higiênicos em locais de atenção integral à população infantil                                                                              | Revista da Escola de Enfermagem USP | 2017                     | Investigação Exploratória                   | A2/ Nível 3                             | Falta de hábitos de higiene em crianças e cuidadores.                                                                                                                                           | Acompanhar e intervir nos hábitos de higiene e cuidado dos ambientes e lugares de atenção à população infantil para a prevenção e controle de doenças infecciosas.                                                                                                                                                                       |



| <i>Título do artigo</i>                                                                                                  | <i>Nome da revista</i>             | <i>Ano da publicação</i> | <i>Tipo de estudo</i>                                                      | <i>Qualis capes/ Nível de evidência</i> | <i>Principais causas identificadas no artigo</i>                                                                                                                                                                                                                                                       | <i>Resposta a questão norteadora</i>                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. O papel do enfermeiro e as recomendações para a promoção da saúde da criança nas publicações da enfermagem brasileira | REME-Revista Mineira de Enfermagem | 2013                     | Pesquisa Bibliográfica descritivo - exploratória com abordagem qualitativa | B1/ Nível 6                             | A dificuldade do cumprimento do papel do enfermeiro na promoção da saúde da criança.                                                                                                                                                                                                                   | Desenvolvimento de habilidades pessoais, o reforço da ação comunitária e a reorientação dos serviços de saúde.                                                                                  |
| 6. Mortalidade infantil: tendência temporal e contribuição da vigilância do óbito                                        | Acta Paulista de Enfermagem        | 2016                     | Estudo Transversal                                                         | A2/ Nível 4                             | Péssimas condições de vida e de políticas públicas de saúde. Falhas na atenção à gestante, ao parto e ao recém-nascido.                                                                                                                                                                                | Planejamento familiar, pré-natal, incentivo ao aleitamento materno, imunização e atenção às doenças prevalentes na infância                                                                     |
| 7. Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil                     | Revista de Saúde Pública           | 2017                     | Estudo caso controle                                                       | A2/ Nível 4                             | Dificuldade na obtenção das seguintes informações: antecedentes obstétricos (história de aborto; de perdas fetais ou infantis; partos anteriores sem perdas; primigestas); internação durante a gestação; gestações de risco; não realização de pré-natal.                                             | Realização do pré-natal adequado, iniciando antes da 16ª semana gestacional, e devem ser realizadas no mínimo uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre. |
| 8. O processo de análise da evitabilidade dos casos de óbito infantil e fetal: estudo de caso único                      | Texto & Contexto - Enfermagem      | 2018                     | Estudo de caso único                                                       | A2/ Nível 4                             | Número menor ou igual a seis consultas no pré-natal, dificuldade de iniciar o pré-natal, dificuldade de acesso a tratamentos, às condutas médicas e de enfermagem, à relação da equipe de saúde com a família, ao processo de trabalho das equipes de saúde, aos fatores socioeconômicos e familiares. | Analisar detalhadamente o histórico da gestante, ofertar pré-natal adequado, orientar às consultas de puericultura.                                                                             |
| 9. Determinantes da Mortalidade Infantil no Brasil                                                                       | Interdisciplinar                   | 2012                     | Modelo econômico                                                           | B1/ Sem nível de evidência              | Falta de saneamento, renda e desigualdade social.                                                                                                                                                                                                                                                      | Adequada a necessidade de expansão e de investimentos públicos em bens de consumo coletivos como educação, saúde e saneamento no processo de redução da taxa de mortalidade infantil.           |
| 10. Mortalidade infantil: análise de fatores associados em uma capital do Nordeste brasileiro                            | Caderno Saúde Coletiva             | 2017                     | Estudo do tipo caso-controle                                               | B2/ Nível 4                             | Determinantes sociais como faixa etária materna, escolaridade materna inferior a quatro anos e fatores relacionados à gestação como menos de 4 consultas de pré-natal, gestação gemelar, tripla ou mais; prematuridade e baixo peso.                                                                   | Atenção ao parto de qualidade, acesso e nível socioeconômico da mãe.                                                                                                                            |





| <i>Título do artigo</i>                                                                                                 | <i>Nome da revista</i>              | <i>Ano da publicação</i> | <i>Tipo de estudo</i>                 | <i>Qualis capes/ Nível de evidência</i> | <i>Principais causas identificadas no artigo</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <i>Resposta a questão norteadora</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11. Mortes evitáveis na infância, segundo ações do Sistema Único de Saúde, Brasil.                                      | Revista Brasileira de Epidemiologia | 2019                     | Estudo ecológico                      | B1/ Nível 4                             | Falta de ações de imunização.<br>Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido.<br>Feto e recém-nascido afetados por afecções maternas                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Ressalta-se a importância de uma atenção especial às causas de morte relacionadas à gestação, ou seja, é necessário avançar na qualidade do pré-natal e no manejo das gestantes.                                                                                                                                                                                                |
| 12. Óbitos perinatais evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil.                                   | Revista Gaúcha de Enfermagem        | 2018                     | Estudo descritivo de análise temporal | B1/ Nível 6                             | Classe de mulheres com faixa etária média para gestar, de níveis socioeconômicos mais baixos, de grupos étnicos específicos, baixo grau de educação.<br>O passado obstétrico; curto intervalo interpartal; gravidez múltipla; história de natimorto; hipertensão, diabetes e ausência de cuidados pré-natais.<br>Prematuridade, baixo peso ao nascer, hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer.                                                      | Avaliação e acompanhamento das gestantes, para lhe garantir o direito à assistência à saúde na gestação, parto e puerpério.                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 13. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. | Cadernos de Saúde Pública           | 2014                     | Estudo de coorte                      | B1/ Nível 4                             | Muito baixo peso ao nascer; ventilação mecânica; malformação congênita; asfixia ao nascer; intercorrências maternas na gestação; apresentação pélvica; gemelaridade; baixa escolaridade materna, natimorto prévio; peregrinação para o parto; não utilização de partograma durante o trabalho de parto; inadequação da atenção pré-natal; mãe sem companheiro; prematuro prévio; hospital de referência para gestação de alto risco; sexo masculino. | Atuação de equipes multiprofissionais, incluindo a enfermagem obstétrica/obstetrix; utilização de protocolos e monitoramento de indicadores dos serviços com financiamento acoplado ao alcance de metas.<br>Utilização de tecnologia apropriada (acolhimento imediato, acompanhamento de livre escolha, doula, métodos de conforto da dor, livre posicionamento, entre outros). |
| 14. Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da saúde da família                                              | REME                                | 2013                     | Pesquisa Qualitativa                  | B1/ Nível 6                             | Dificuldades para a operacionalização do Programa de Acompanhamento do Desenvolvimento e Crescimento da Criança na Unidade de Saúde da Família.<br>Baixo peso ao nascer (<2.500 gramas), prematuridade (idade gestacional <36 semanas), asfixia moderada ou grave (índice de Apgar <7 no 5º minuto), filhos de mães adolescentes (<18 anos).                                                                                                         | Atenção à saúde da criança: concepção do planejamento familiar ao pré-natal; programa de atenção à saúde da criança: organização de processo de trabalho; consulta de enfermagem; Detecção precoce de agravos; incorporação de atividades educativas sistemáticas sobre sexualidade no planejamento familiar.                                                                   |





| Título do artigo                                                                                                                                                        | Nome da revista                     | Ano da publicação | Tipo de estudo                       | Qualis capes/ Nível de evidência | Principais causas identificadas no artigo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Resposta a questão norteadora                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15. Tendência da mortalidade por causas evitáveis na infância: contribuições para a avaliação de desempenho dos serviços públicos de saúde da Região Sudeste do Brasil. | Revista Brasileira de Epidemiologia | 2019              | Estudo ecológico de séries temporais | B1<br>Nível 4                    | Coqueluche, Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido, feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, transtornos da gestação de curta duração, hipóxia intrauterina, asfixia ao nascer, síndrome de aspiração neonatal, feto e recém-nascidos afetados por placenta prévia, infecções específicas do período neonatal, transtornos respiratórios do período neonatal, outros transtornos originados no período perinatal, pneumonia, outras doenças bacterianas, outras infecções agudas das vias aéreas inferiores, doenças infecciosas intestinais, outros riscos acidentais à respiração, acidentes de transporte. | Ações de imunoprevenção, adequada atenção à mulher na gestação, adequada atenção à mulher no parto, adequada atenção ao recém-nascido, ações de diagnóstico e tratamento adequado, ações de promoção à saúde.<br>- Necessidade de aprimoramento da atenção pré-natal, diagnóstico precoce e o tratamento domiciliar oportuno, encaminhamento ambulatorial ou hospitalar quando necessário. |
| 16. Mortalidade infantil: principais causas evitáveis na região Centro de Minas Gerais, 1999-2011                                                                       | Epidemiologia serviços de Saúde     | 2015              | Estudo Descritivo                    | B2<br>Nível 6                    | Mortalidade neonatal associa-se, principalmente, à assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, enquanto a mortalidade pós-neonatal reflete sobretudo a infraestrutura ambiental e o desenvolvimento socioeconômico, relacionados à desnutrição infantil e a infecções associadas. Constatou-se que medidas de prevenção conhecidas não estão sendo empregadas de modo adequado.                                                                                                                                                                                                                                               | Melhorar o atendimento à gestante, pois mesmo tendo o número e a rotina de consultas no pré-natal adequadas, os óbitos evitáveis continuam ocorrendo. Capacitar os profissionais da atenção primária à saúde, entre outras medidas.                                                                                                                                                        |

A tabela que se segue apresenta a distribuição dos artigos quanto aos anos de publicação

**TABELA 2.** Distribuição dos artigos analisados, segundo o ano de publicação.

| Ano          | Quant. de artigos | %           | Artigos  |
|--------------|-------------------|-------------|----------|
| 2012         | 01                | 6%          | 09       |
| 2013         | 03                | 19%         | 03,05,14 |
| 2014         | 02                | 12%         | 01,13    |
| 2015         | 01                | 6%          | 16       |
| 2016         | 01                | 6%          | 06       |
| 2017         | 03                | 19%         | 04,07,10 |
| 2018         | 03                | 19%         | 02,08,12 |
| 2019         | 02                | 13%         | 11,15    |
| <b>TOTAL</b> | <b>16</b>         | <b>100%</b> | -        |





Por meio da análise dos artigos, constatou-se a ocorrência de artigos em diferentes anos de publicação. A maioria dos artigos foram publicados nos anos de 2013, 2017 e 2018 sendo três artigos em cada um destes anos. Destaca-se ainda que 10 (63%) artigos foram publicados entre 2015 e 2019 demonstrando assim, a utilização de informações atualizadas sobre o tema. Ressalta-se ainda, a importância de se utilizar artigos mais atuais, visto que neles são encontradas as pesquisas mais recentes, identificando quais as melhores estratégias a serem realizadas para solução do problema.

Já o nível de qualidade dos artigos será apresentado na tabela 3 descrita a seguir.

**TABELA 3.** Distribuição dos artigos analisados, segundo a metodologia dos estudos e nível de evidência.

| Nível de evidência                          | Tipo de estudo               | Publicações | Porcentagem | Artigos     |
|---------------------------------------------|------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Sem nível de evidência                      | Modelo econômico             | 1           | 6%          | 9           |
| Nível 3                                     | Investigação Exploratória    | 1           | 6%          | 4           |
| Nível 4                                     | Estudo ecológico             | 2           | 13%         | 11,15       |
|                                             | Estudo Caso Controle         | 4           | 25%         | 03,07,08,10 |
|                                             | Estudo de coorte transversal | 3           | 19%         | 01,13,06    |
| Estudo epidemiológico de caráter descritivo | 1                            | 6%          | 2           |             |
| Nível 6                                     |                              |             |             |             |
| Estudo descritivo                           | 3                            | 19%         | 05,12,16    |             |
| Pesquisa Qualitativa                        | 1                            | 6%          | 14          |             |
| TOTAL                                       | 16                           | 100%        |             |             |

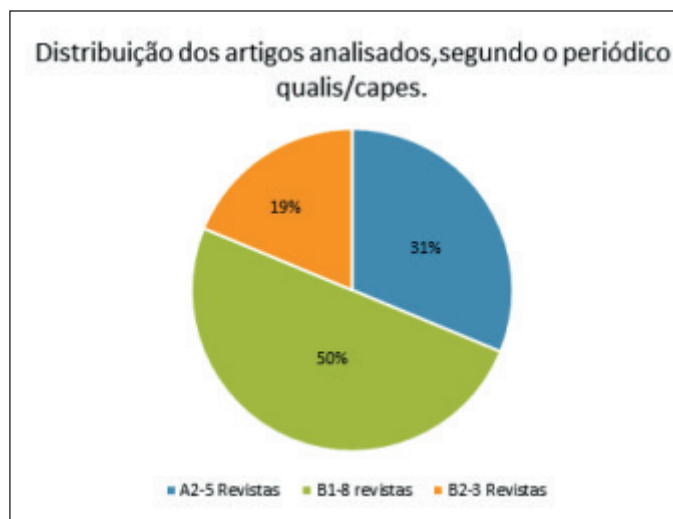
A identificação do nível de evidência de uma pesquisa surge a partir da Prática Baseada em Evidências que propõe uma classificação para os diferentes tipos de estudo considerando sua abordagem metodológica. Sua classificação vai de um a sete, sendo nível um (1) os estudos de maior e melhor evidência científica. Em relação aos aspectos metodológicos da análise e pesquisa, são determinados o método, o local / ambiente de coleta de dados e o público-alvo (GALVÃO, 2006). O método de pesquisa caso-controle é o mais comum, representando 04 artigos (21%). Com o nível 4 de evidência, somam-se a estes ainda, os estudos coorte e ecológico perfazendo um total de 09 artigos (47%). Os estudos descritivos, estudos epidemiológicos e a pesquisa qualitativa (nível 6) são representados por 05 estudos (26%), o estudo de investigação exploratória corresponde a 01 artigo (6%) com nível de evidência 3, sendo que há apenas 01 artigo sem classificação quanto ao nível de evidência.

Ainda relacionando a qualidade dos artigos apresentados, a figura 1 traz as informações quanto ao Qualis das revistas utilizadas.





**FIGURA 1.** Distribuição dos artigos analisados, segundo o periódico e qualis/capes.



Qualis avalia os artigos científicos em diferentes períodos, revistas e livros científicos, em relação a todas as áreas de conhecimento. Esta classificação é determinada em: A1 e A2 - Excelência Internacional, B1 e B2 - Excelência Nacional, B3, B4 e B5 - Relevância Média, C -Baixa Relevância (MENDES, SILVEIRA E GALVÃO, 2008). Mediante os artigos utilizados neste estudo, encontram-se as seguintes classificações. Cinco revistas - A2, três revistas - B2, e oito revistas - B1. Verifica-se que, de acordo com os dezesseis artigos relacionados neste estudo, a maioria (69%) é de excelência nacional.

Na sequência, a tabela 4 apresenta as principais causas da mortalidade infantil listadas pelos autores.

**TABELA 4.** Distribuição dos artigos analisados, segundo as principais causas de mortalidade infantil relacionada a saúde do recém-nascido.

| <i>Principais causas relacionadas a saúde do recém-nascido</i>              | <i>Quant. de artigos</i> | <i>Artigos</i>   |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|
| Síndrome da angústia respiratória, hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer | 06                       | 1,11,12,13,14,15 |
| Recém-nascido de baixo peso                                                 | 05                       | 10,12,13,14,16   |
| Prematuridade                                                               | 04                       | 10,12,14,15      |
| Problemas congênitos                                                        | 02                       | 2,13             |
| Doenças bacterianas e Infecções específicas                                 | 02                       | 15,16            |
| Recém-nascido do sexo masculino                                             | 01                       | 13               |
| TOTAL                                                                       | -                        | -                |

**TABELA 5.** Distribuição dos artigos analisados, segundo as principais causas de mortalidade infantil relacionada a saúde materna.

| Principais causas relacionadas a saúde materna                                                                                                     | Quant. De artigos | Artigos               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------|
| Feto e recém-nascido afetados por fatores da saúde materna                                                                                         | 07                | 1,2,3,11,12,13,15     |
| Faixa etária materna                                                                                                                               | 03                | 10,12,14              |
| Baixa escolaridade materna                                                                                                                         | 03                | 10,12,13              |
| Antecedentes obstétricos: história de aborto; de perdas fetais ou infantis; partos anteriores sem perdas; primigestas; curto intervalo interpartal | 03                | 7,12,13               |
| Gestação gemelar, tripla ou mais                                                                                                                   | 02                | 10,13                 |
| Gestação de risco                                                                                                                                  | 01                | 7                     |
| Falha na assistência pré-natal, ao parto e aos recém-nascidos                                                                                      | 9                 | 2,3,6,7,8,10,12,13,16 |
| Dificuldade do cumprimento do papel do enfermeiro e da equipe na promoção e prevenção da saúde                                                     | 03                | 5,8,14                |
| TOTAL                                                                                                                                              | -                 | -                     |

**TABELA 6.** Distribuição dos artigos analisados, segundo as principais causas de mortalidade infantil relacionada aos determinantes sociais.

| Principais causas relacionadas aos determinantes sociais | Quant. de artigos | Artigos       |
|----------------------------------------------------------|-------------------|---------------|
| Condições socioeconômicas e familiares                   | 06                | 3,6,8,9,12,16 |
| Falta de hábitos de higiene de crianças e cuidadores     | 01                | 4             |
| Baixas ações de imunização                               | 01                | 11            |
| TOTAL                                                    | -                 | -             |

Nessa pesquisa, identificou-se as principais causas evitáveis da mortalidade infantil, que foram agrupadas em 3 pilares descritas na tabela 4, 5 e 6, são eles: fatores relacionados à saúde dos recém-nascidos, saúde da mulher e os determinantes sociais de saúde.

Em relação à saúde dos recém-nascidos, a maioria dos artigos estudados destacaram problemas relacionados às doenças respiratórias (síndrome do desconforto respiratório, hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer), recém-nascidos de baixo peso (inferior a 2.500 gramas) e prematuridade (idade gestacional inferior a 36 semanas).

Identificou-se fatores maternos que afetam a saúde do recém-nascido, como a diabetes mellitus, hipertensão arterial e problemas renais, antecedentes obstétricos (aborto espontâneo, aborto fetal ou infantil, partos anteriores sem aborto, primigestas e intervalos curtos entre partos), além da faixa etária materna e baixa escolaridade.

Sobre os determinantes sociais de saúde, observou-se problemas relacionados principalmente à falta de saneamento básico, renda familiar baixa e desigualdade social.



Além disso, encontrou-se problemas relacionados ao enfraquecimento nas ações de imunização no primeiro ano de vida, sendo a vacinação uma das principais barreiras para evitar as doenças infectocontagiosas, tais como o sarampo, caxumba e rubéola.

## ■ DISCUSSÃO

A análise de dezesseis artigos identificou estratégias vinculadas a três pilares que traduzem a assistência de enfermagem para impactar positivamente nesses resultados: 1º Pilar: atuação do enfermeiro na saúde da mulher e durante o pré-natal (SOUZA *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2016; SALTARELLI *et al.*, 2019; SANDERS *et al.*, 2017; LEAL *et al.*, 2017; KASSAR *et al.*, 2013; RUOFF, ANDRADE E PICOLLI, 2018; REGO *et al.*, 2018; LISBOA *et al.*, 2015; MEDEIROS, BOHES E HEIDEMANN, 2013); 2º Pilar: atuação do enfermeiro na saúde do recém-nascido (SANDERS *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2016; LESMES *et al.*, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2018; MEDEIROS, BOHES E HEIDEMANN, 2013; LANSKY *et al.*, 2014) e 3º Pilar: atuação do enfermeiro frente aos determinantes sociais de saúde (LESMES *et al.*, 2017; PAIXÃO E FERREIRA, 2012; LISBOA *et al.*, 2015).

## ■ ESTRATÉGIA 1 - ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA SAÚDE DA MULHER E NO PRÉ-NATAL

Na atenção primária, o enfermeiro é a peça fundamental no processo de redução da mortalidade materno-infantil.

Souza *et al.* (2013), afirmam que é na Unidade de Saúde da Família (USF) que ocorrem ações práticas, para a prevenção, promoção e recuperação da saúde para um crescimento saudável. Dentro de uma gama de estratégias o enfermeiro, utilizando de suas habilidades e conhecimentos, atua de inúmeras formas realizando consultas, orientando, treinando, definindo funções a sua equipe, supervisionando as suas atividades, realizando visitas domiciliares, e educando as mães e correlacionando as condições de vida e características biopsicossociais.

Oliveira *et al.* (2016), ressaltam que as reduções dos óbitos maternos infantis estão correlacionadas a melhoria efetiva das condições de vida e de políticas de saúde. Relatam que as causas evitáveis, são reduzíveis por ações de imunização; adequada atenção à mulher na gestação, parto e ao recém-nascido e ações corretas de diagnóstico e tratamento.

Segundo Saltarelli *et al.* (2019), a lista brasileira de mortes evitáveis identifica a importância das causas perinatais, e atenta para o aumento de mortes reduzíveis por atenção inadequada à mulher na gestação, no parto e no recém-nascido. Nesse sentido, é de suma





importância o histórico reprodutivo das mães em relação aos filhos anteriores, e condições de saúde na gestação atual.

Um estudo desenvolvido por Sanders *et al* (2017) mostrou que o número de consultas de pré-natal está diretamente relacionado à mortalidade infantil. Um número de consultas inferior a quatro apresentou risco duas vezes maior das crianças morrerem no primeiro ano de vida.

Leal *et al.* (2017), descrevem as variáveis de saúde sendo: antecedentes obstétricos (histórico de abortos, de perdas fetais ou infantis, partos anteriores sem perdas, primigesta); internação durante a gestação (sim; não). Identifica-se a importância da classificação da gestação como de risco ou não, e ainda a análise de condições patológicas como hipertensão, doenças cardíacas, diabetes, sífilis, HIV, incompatibilidade de fator Rh, ameaça de aborto, episódios de convulsão, internação por causas obstétricas ou por não ter realizado o pré-natal. Descrevem que o pré-natal deve iniciar antes da 16ª semana gestacional, e devem ter no mínimo uma consulta no 1º trimestre, duas no 2º trimestre e três no 3º trimestre.

De acordo com Kassir *et al.* (2013), o pré-natal adequado exige que a primeira consulta seja realizada no primeiro trimestre de gestação, tendo um mínimo de quatro consultas. Nela devem ser realizadas a aferição do peso, pressão arterial, altura uterina e ausculta dos batimentos cardíofetais em todas as consultas.

Os mesmos autores, identificam o conhecimento dos fatores de risco em relação à mortalidade neonatal e auxiliam no planejamento de ações para melhoria da assistência à gestação e aos recém-nascidos, buscando a redução da mortalidade infantil. Relatam que para diminuir o índice de mortalidade infantil, não há necessidade de novos conhecimentos, mas sim a garantia de acessibilidade e a utilização mais efetiva do conhecimento científico e tecnológico existente.

Abordar as causas evitáveis é uma estratégia que permite abordar fatores relacionados à qualidade de atenção à saúde, indicando assim meios de investigação e atitudes que reduzam a mortalidade infantil 14.

Somando-se a estes pontos, Ruoff, Andrade, Picollini (2018) destacam que outras variáveis de alta relevância estão relacionadas ao baixo nível de instrução materna e à maternidade na adolescência que interfere diretamente na ocorrência da prematuridade, ou seja, duração da gestação inferior a 36 semanas, além de problemas psicossociais e econômicos.

Rêgo *et al.* (2018), concordam que a redução da mortalidade infantil está diretamente relacionada ao adequado acesso e garantia de assistência de qualidade no pré-natal, parto e puerpério, especialmente diagnósticos e intervenções efetivas e precoces.

Lisboa *et al.* (2015), apontam que as mortes por causas evitáveis podem ser prevenidas por meios de ações de saúde acessíveis e de qualidade. Decorrem que a mortalidade





neonatal se associa à assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, já a mortalidade pós-neonatal está diretamente ligada à desnutrição infantil e a infecções a ela interligadas.

Neste contexto, Medeiros, Bohes e Heidemann (2013), afirmam que a atuação do enfermeiro está conectada a três pontos da Carta de Ottawa para promover a saúde: construção de competências pessoais, apoio de condutas da comunidade, reavaliação das atividades de saúde, fato que é reafirmado por Lansky *et al* (2014) que destaca que o papel do enfermeiro possui quatro divisões na promoção da saúde infantil, sendo elas educando, cuidando, supervisionando e combatendo os intercursos no cumprimento de seu papel.

Fica nítida a necessidade de uma atuação mais efetiva do enfermeiro no que concerne à assistência à mulher. Essa atuação deve iniciar com práticas educativas orientando sobre alimentação correta, hidratação, número de consultas no pré-natal, a importância da realização dos exames solicitados, banho de sol, aleitamento materno, higiene pessoal, imunização adequada, esclarecimentos sobre sintomas ocorridos na gestação, planejamento familiar, higiene alimentar e de ambiente, mencionar sobre a hipertensão, diabetes mellitus e outras doenças pré-existentes, acompanhamento de livre escolha, doulas, métodos de conforto da dor, detecção precoce de agravos, sexo durante a gestação, cuidados com recém-nascido, amamentação e esclarecer quanto a dúvidas e questionamentos.

Sendo a atenção básica a principal porta de entrada da saúde e onde está implantada a estratégia saúde da família (ESF) que é o elo de ligação entre unidade básica de saúde e a comunidade, na busca pela promoção, prevenção e proteção à saúde, é nela que deve se inserir uma enfermagem capacitada e uma equipe multiprofissional, que utilize de inúmeras estratégias para garantir um atendimento eficaz e de qualidade.

A enfermagem possui na atenção básica a melhor estratégia existente, chamada de Estratégia de Ouro. Nela se concretiza a criação do vínculo enfermeiro X gestante, através do qual dela pode-se ofertar um pré-natal de excelente qualidade, possibilitando o conhecimento do histórico gestacional, como o atual. Identificar o nível de escolaridade materno, idade, número de abortos, condições socioeconômicas, comorbidades pré-existentes, número de gestações dentre outras informações essenciais para o acompanhamento da gestante.

## **ESTRATÉGIA 2- ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO**

Sanders *et al* (2017) afirma que a mortalidade infantil acontece principalmente no período chamado de neonatal precoce (0-6 dias de vida), sendo que a maioria ocorre nas primeiras 24 horas (25%). Os autores relacionam esse fato ao baixo peso ao nascer, que está diretamente ligada à assistência no pré-natal e a questões sociais.





Nesse contexto, os estudos de Oliveira *et al.* (2016), aponta medidas preventivas importantes que devem ser realizadas pelos profissionais de saúde em todos os recém-nascidos, tais como: orientações quanto aleitamento materno exclusivo até os seis meses após o nascimento e o uso da fórmula nutricional quando prescrito; realização do teste do pezinho, preferencialmente, na primeira semana de vida; realização de exame físico completo na primeira consulta do recém-nascido; suplementação com sulfato ferroso a partir do 6º mês para crianças que foram amamentadas de forma exclusiva até essa idade; aconselhamento para fatores de risco sobre acidentes em casa e prevenção de abuso e negligência através de visita domiciliar durante o pré natal e infância.

Lesmes *et al.* (2017), em seu estudo ressalta a importância das boas práticas de higiene em ambientes de cuidado infantil, pois é reconhecido que em comparação com os adultos, as crianças não dominam os hábitos de higiene, o que as torna mais propensas a exposição e disseminação dos patógenos primários ou oportunistas. Algumas estratégias relevantes mencionadas foram a lavagem das mãos das crianças, cuidadores e profissionais de saúde; cuidadores com as unhas curtas, limpas e sem esmalte; armazenamento adequado dos alimentos e limpeza adequada das superfícies.

Como mencionado anteriormente na tabela 4, uma das razões da mortalidade infantil relacionada a causas evitáveis é o enfraquecimento nas ações de imunização. No estudo de Nascimento *et al.* (2014) a menor proporção de mortes é atribuída às medidas preventivas de imunização. Esse resultado pode ser atribuído ao impacto positivo do programa nacional de imunização, que enfatiza a vacinação no primeiro ano de vida, fundamental para a prevenção de doenças infecciosas. Oliveira (2018), ressalta que a qualidade da atenção básica precisa ser aprimorada e ampliada por meio da estratégia ampliada de saúde da família (ESF) e ações de vigilância epidemiológica e sanitária, que podem reduzir as mortes infantis por prevenção à imunização.

Para que a enfermagem consiga oferecer a qualidade na assistência os autores Medeiros, Boehs e Heidemann (2013) recomendam a promoção de saúde da família, onde se faz necessária a avaliação da mesma pelo enfermeiro, de modo a reconhecer as necessidades, identificar parcerias e estimular a utilização e ampliação de redes de apoio. Para promover a saúde da criança, o enfermeiro deve utilizar a consulta de enfermagem para visualizar as condições de saúde e planejar ações de promoção da saúde. Além disso, esses profissionais devem atuar com uma equipe multidisciplinar para atender integralmente a criança.

Lansky *et al.* (2014), evidencia que essa população requer uma atenção especializada, onde se coloca em discussão a importância de um profissional capacitado para realizar uma assistência de qualidade durante o pré-natal, o parto e ao recém-nascido, com abordagem holística e a necessidade em adotar um protocolo para orientar na assistência







com maior destreza e eficácia, para que assim consiga obter a diminuição das estatísticas de mortalidade.

### ■ **ESTRATÉGIA 3- ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE**

Embora nos países que se encontram em um estágio mais avançado do desenvolvimento econômico-social, a diminuição da mortalidade infantil caracterizou-se por uma acentuada redução das causas associadas a fatores exógenos e passíveis de prevenção, tais como condições adequadas de nutrição, saneamento e assistência médico hospitalar, isto ainda é um desafio para países como o Brasil.

Lesmes *et al.* (2017), aponta que a principal estratégia para o combate da mortalidade infantil é a conservação da limpeza dos ambientes, por parte dos municípios, evitando resíduos sólidos em locais inadequados, prevenindo assim que se espalhe vetores de doenças como ratos e insetos, causadores da disseminação de algumas moléstias. A capacitação dos profissionais da Saúde para lidar com as variáveis ambientais considerando a relação homem/natureza é de suma importância na elaboração de estratégias efetivas para o seu combate. Por isso é preciso implantar uma série de políticas sociais que causem mudanças estruturais nas condições de vida da população. Acabar com a fome e a miséria, aumentar o acesso ao saneamento básico (água e esgoto tratados), melhorar a educação das mulheres, dar à população de baixa renda mais acesso a serviços de saúde de qualidade, aumentar as campanhas de conscientização sobre a importância da vacinação, da reidratação oral e do aleitamento materno.

Assim, compete ao enfermeiro ser um educador em saúde pois ele é o profissional que, vinculado à estratégia de saúde da família, conhece a realidade local e tem conhecimento científico para intervir e proporcionar melhorias para a população assistida.

Paixão e Ferreira (2012), destacam ainda que é importante que o governo, como gestor público eficiente, esteja atento aos setores da sociedade que mais precisam de investimentos e ações concretas em relação aos bens coletivos, como educação, saneamento e saúde, para reduzir a mortalidade infantil e proporcionar maiores perspectivas de qualidade no atendimento.

Neste contexto, Lisboa *et al.*, (2015) afirmam que as mortes ocorridas na infância possuem determinantes que se baseiam em níveis sociais (habitat, ocupação social, renda familiar, escolaridade e segurança), acessibilidade a esgoto canalizado e atenção básica de saúde.

Paixão e Ferreira (2012), complementam essa informação destacando que em meados da década de 80, as maiores taxas de mortalidade infantil estavam interligadas a doenças infectocontagiosas; nos anos posteriores, tal determinante se deu em torno das consequências





perinatais advindas da gestação, do momento do trabalho de parto e do nascer, sendo estes os motivos de mais da metade das mortes da primeira infância. Todas essas de ampla atuação do enfermeiro.

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo viabiliza orientações quanto à mortalidade infantil e seus índices, as principais causas evitáveis e principalmente, a grande importância dos profissionais de enfermagem se atentar para estarem sempre atualizados a respeito de ações preventivas e novos tratamentos para cada vez mais se aprimorar, para melhor orientar as gestantes e oferecer uma assistência de qualidade, usando de uma fala clara e simples para uma boa compreensão sobre a necessidade de um tratamento contínuo e eficaz.

A atuação do enfermeiro no contexto de saúde materno e infantil, tais como pré-natal, trabalho de parto, parto, puerpério, aleitamento materno, planejamento familiar e vacinação. É de suma importância e representa diferença significativa na redução dos índices de mortalidade perinatal e infantil.

É intrigante pensar que, se são causas evitáveis, por que ainda acontecem? Onde os profissionais estão falhando? Dessa forma, este estudo aponta ainda a necessidade de se pesquisar o porquê da dificuldade da adesão das mães à assistência preconizada pelo Ministério da Saúde e aprofundar na qualidade dos serviços de atenção básica.

## ■ REFERÊNCIAS

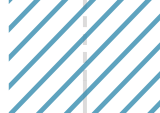
1. REDE Interagencial de Informação para a Saúde. Mortalidade: taxa de mortalidade infantil. In: Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il. ISBN 978-85– 87943–65-1. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/CapituloC.pdf>. Acesso em: 23/09/2020.
2. MALTA, Deborah Carvalho et al. Mortes evitáveis na infância, segundo ações do Sistema Único de Saúde, Brasil. Rev. bras. epidemiol. vol.22. São Paulo. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190014>. Acesso em: 23/09/2020.
3. NASCIMENTO, Suelayne Gonçalves et al. Mortalidade infantil por causas evitáveis em uma cidade do Nordeste do Brasil. Rev. bras. enferm. [online]. 2014,
4. vol.67, n.2, pp.208-212. ISSN 0034-7167. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140027>. Acesso em: 12/09/2020.
5. BATISTA, Renato Victor et al. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis: série histórica 1997-2006, Distrito Federal. Com. Ciências Saúde. [online]. 2010;21(3):201-210. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/evolucao\\_mortalidade\\_infantil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/evolucao_mortalidade_infantil.pdf). Acesso em: 31/08/2020.





6. LANSKY, Sônia et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública*. vol.30. supl.1. Rio de Janeiro. 2014. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213>. Acesso em: 12/03/2021.
7. RÊGO, Mídia Gomes da Silva et al. Óbitos perinatais evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Rev. Gaúcha Enferm*. vol.39. Porto Alegre. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0084>. Acesso em: 31/08/2020.
8. OLIVEIRA, Ingridy Salles Silva et al. Óbitos evitáveis de menores de cinco anos na macrorregião Norte do estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev. Bioét.* [online]. vol.26. no.3. Brasília. Jul./Set. 2018. ISSN 1983-8034. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/bioet/v26n3/1983-8042-bioet-26-03-0397.pdf>. Acesso em: 31/08/2020.
9. OLIVEIRA, Conceição Maria et al. Mortalidade infantil: tendência temporal e contribuição da vigilância do óbito. Recife/PE. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(3):282-90. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/appe/v29n3/1982-0194-appe-29-03-0282.pdf>. Acesso em: 12/03/2021.
10. SOUZA, Rosana Santa et al. Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da saúde da família. *Rev Min Enferm*. 2013 abr/jun; 17(2): 331-339. Disponível em: [https://pdfs.semanticscholar.org/67f0/b57596cf75b26a3f88f1f9e98d6b13f468f6.pdf?\\_ga=2.255410760.1509142471.1620932432-391595910.1620655703](https://pdfs.semanticscholar.org/67f0/b57596cf75b26a3f88f1f9e98d6b13f468f6.pdf?_ga=2.255410760.1509142471.1620932432-391595910.1620655703). Acesso em: 16/03/2021.
11. MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Enferm*. vol.17 no.4. Florianópolis. Oct./Dec. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Acesso em: 25/09/2020.
12. GALVÃO, Cristina Maria. Níveis de evidência. *Acta Paulista Enfermagem*. São Paulo, vol.19, Jun. 2006. Disponível em: [https://acta-appe.org/wpcontent/uploads/articles\\_xml/1982-0194-appe-S0103-21002006000200001/1982-0194-appe-S0103-21002006000200001.x45416.pdf](https://acta-appe.org/wpcontent/uploads/articles_xml/1982-0194-appe-S0103-21002006000200001/1982-0194-appe-S0103-21002006000200001.x45416.pdf). Acesso em: 15/03/2021.
13. SALTARELLI, Rafaela Magalhães Fernandes et al. Tendência da mortalidade por causas evitáveis na infância: contribuições para a avaliação de desempenho dos serviços públicos de saúde da Região Sudeste do Brasil. *Rev. bras. epidemiol*. vol.22. São Paulo. 2019. ISSN 1980-5497. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190020>. Acesso em: 16/03/2021.
14. KASSAR, Samir B. et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal, com especial atenção aos fatores assistenciais relacionados com os cuidados durante o período pré-natal, parto e história reprodutiva materna. *J. Pediatr. (Rio J.)* [online]. 2013, vol.89, n.3, pp.269-277. ISSN 0021-7557. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572013000300009&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572013000300009&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 23/03/2021.
15. RUOFF, Andriela Backes; ANDRADE, Selma Regina de; PICCOLI, Talita. O PROCESSO DE ANÁLISE DA EVITABILIDADE DOS CASOS DE ÓBITO INFANTIL E FETAL: ESTUDO DE CASO ÚNICO. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 27, n. 4, e4030017, 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000400314&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000400314&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 24 maio 2021. Epub 08-Nov- 2018. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180004030017>.
16. LEAL, Maria do Carmo et al. Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. vol.51. São Paulo. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006391>. Acesso em: 14/07/2020.





17. LISBOA, Luiza et al. Mortalidade infantil: principais causas evitáveis na região Centro de Minas Gerais, Brasil, 1999-2011. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2015, vol.24, n.4, pp.711-720. ISSN 2237-9622. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000400013>. Acesso em: 29/03/2021.
18. LESMES, Virginia Inés Soto et al. Caracterização de hábitos de higiene e ambientes em locais de atenção integral na população infantil. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2017, vol.51, e03264. Epub 18-Dic-2017. ISSN 1980-220X. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016042103264>. Acesso em: 02/04/2021.
19. PAIXÃO, Adriano Nascimento; FERREIRA, Taissa. Determinantes da Mortalidade Infantil no Brasil. *Revista Gepec. Paraná*. v. 16, n. 2, p. 6-20, jul./dez. 2012. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/gepec/article/view/3967/6986>. Acesso em: 31/08/2020.
20. MEDEIROS, Elaine Alano Guimarães; BOEHS, Astrid Eggert; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. O papel do enfermeiro e as recomendações para a promoção da saúde da criança nas publicações da enfermagem brasileira.
21. Florianópolis. *Rev Min Enferm*. 2013 abr/jun; 17(2): 462-467. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130035>. Acesso em: 22/09/2020.
22. SANDERS, Lídia Samara de Castro et al. Mortalidade infantil: análise de fatores associados em uma capital do Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Colet.*, 2017, Rio de Janeiro, 25 (1): 83-89. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n1/1414-462X-cadsc-1414-462X201700010284.pdf>. Acesso em: 13/05/2021.



---

# Mortalidade neonatal em dois hospitais públicos de alta e média complexidade no Baixo Amazonas

| **Milene Ribeiro Duarte Sena**  
UEPA

| **Marina Chahini**  
UEPA

| **Maureen Kelly Braun**  
UEPA

| **Sandro Murilo Moreira de Lima**  
UEPA

| **Susan Karolayne Silva Pimentel**  
UEPA

| **Vítor Alvarenga Siqueira**  
UEPA

| **Luana Almeida Santos**  
UEPA

| **Erli Marta Reis da Silva**  
UEPA

# RESUMO

Objetivou-se analisar a taxa de mortalidade neonatal nos hospitais públicos de média e alta complexidade do Baixo Amazonas nos anos 2016 e 2017. Pesquisa descritiva-analítica, tendo como base a abordagem quantitativa, transversal, documental e comparativa, com base nos dados de prontuários do Hospital Municipal de Santarém (HMS) e Hospital Regional do Baixo Amazonas (HRBA). Os resultados demonstraram que o percentual de neonatos que evoluíram a óbito na UTI neonatal do HRBA nos anos de 2016 e 2017 foram próximos, com 12,35% e 11,85%, respectivamente. O número total de pacientes internados no HMS em 2016 foi de 3192 e em 2017 foram internados 4052. Evoluíram a óbito 82 pacientes em 2016 e 49 pacientes em 2017, representando um percentual de mortalidade de 2,5% e 1,3% respectivamente. No geral, houve prevalência de mães na faixa etária de 16-20 anos (30,2%), com ensino médio completo ou incompleto (34,9%), tiveram gestação única (95,3%), evoluíram para parto vaginal (53,5%) realizaram pré-natal (58,1%). Quanto aos neonatos, a prevalência fora o sexo masculino (53,3%), com baixo peso ao nascer, parto ocorrido no hospital (86%). As etiologias mais frequentes foram: distúrbios hemodinâmicos e/ou de coagulação (36%), distúrbios respiratórios (32,6%), sepse e afecções infecciosas (22,1%). Neste sentido este estudo visa servi de base para elaboração de novas pesquisas sobre a temática. Visto que o alcance de bons indicadores em saúde neonatal serve de parâmetros para o processo de saúde infantil e materna.

**Palavras-chave:** Mortalidade, Neonatologia, Saúde Pública.



## ■ INTRODUÇÃO

A mortalidade neonatal é considerada um importante indicador de saúde materna e infantil, no qual refletem as condições sociais e econômicas, assim como os aspectos reprodutivos, principalmente os referentes à assistência pré-natal, parto e aos recém-nascidos. Sendo que a mortalidade neonatal é definida como número de óbitos entre 0 e 28 dias de vida por mil nascidos e é dividida em taxa de mortalidade precoce e taxa de mortalidade neonatal tardia (KASSAR *et al.*, 2012; BRASIL, 2010).

Mundialmente o óbito de crianças menores de um ano tem apresentado substancial diminuição em escala global, bem como os avanços nas condições sociais, econômicas e serviços de saúde. Conforme dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), a taxa de mortalidade neonatal caiu para 18 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2018, de 37 em 1990 e 31 em 2000. Tal cenário representa a queda do número de mortes neonatais apresentou a diminuição de 5,0 milhões em 1990 para 2,5 milhões em 2018 (HUG, 2019; UNICEF, 2019).

Conforme (Campos *et al.*, 2007), nas últimas décadas no Brasil a mortalidade neonatal precoce vem aumentando sua participação relativa na mortalidade infantil. Embora esta seja uma tendência esperada, conforme observado nos países desenvolvidos, persistem questões relativas aos elevados níveis e seus determinantes que devem ser abordados.

Segundo preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), a assistência pré-natal e pós-natal tem o intuito de detectar e intervir precocemente em morbidades que possam interferir no desenvolvimento fetal adequado e que possa resultar em agravos e levar ao óbito tanto da mãe como do feto, ou recém-nascido. Neste sentido é necessário um sistema hospitalar ágil e bem articulado à atenção primária, além de qualificação assistencial apropriada (BRASIL, 2012)

De acordo com o manual técnico do Ministério da Saúde a partir de 2005, deve ser garantido a atenção no pré-natal de forma humanizada, no qual a qualidade do cuidado e a valorização dos sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde são fundamentais para que haja melhorias na assistência a mulher e ao neonato.

Neste contexto, uma iniciativa que impactou significativamente na mortalidade infantil/neonatal foi a estruturação, no ano de 2011, da Rede Cegonha (RC), por meio da Portaria nº 1.459 do Ministério da Saúde, com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério, bem como ofertar assistência à criança com até 24 meses de vida. Possibilitando assim, o âmbito da discussão da Rede de Atenção em Saúde (RAS), cujo objetivo é promover a integração das ações e serviços de saúde para uma atenção eficiente e de qualidade em todos os níveis de atenção à saúde, com foco na melhoria dos indicadores de morbimortalidade materno infantil/neonatal. Estabelecendo-se em quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e



atenção integral à saúde da criança, e sistema logístico garantidor dos outros três componentes (BRASIL, 2011).

Nos estudos de Lansky e colaboradores (2014), acerca da mortalidade neonatal no Brasil, identificou-se que 38,3% de sua amostra se concentrou na região norte. Enquanto que, no interior da Amazônia, há poucos trabalhos em relação a esta temática, dificultando o reconhecimento da taxa de mortalidade neonatal e fatores relacionados ao problema. Por conta destes fatos, é pertinente haver investigações acerca do tema na região.

## ■ MÉTODO

A presente pesquisa foi realizada por meio de um estudo descritivo tendo como base a abordagem quantitativa, transversal, documental, com base nos dados de prontuários do Hospital Municipal de Santarém (HMS) e Hospital Regional do Baixo Amazonas (HRBA).

A amostra desta investigação foram os prontuários de pacientes neonatos os quais evoluíram a óbito internados no HMS e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal do HRBA durante o período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017. Desta maneira, incluiu-se os prontuários de pacientes neonatos nascidos em qualquer cidade da região do Baixo Amazonas; nascidos de quaisquer tipos de parto; com declaração de óbito em anexo; cujo paciente evoluiu ao óbito até o 28º dia de vida. Entretanto, foram excluídos, aqueles prontuários que não continham os dados pertinentes à pesquisa, ou aqueles que se encontravam ilegíveis.

Coletaram-se informações de âmbito social e epidemiológico: sexo, idade, escolaridade, estado civil e etnia das mães dos casos investigados. Foi investigado se o óbito ocorrera no período neonatal precoce ou tardio. Fora identificado o ano em que a morte ocorrera. Foram pesquisadas informações sobre etiologia, se houve assistência pré-natal, conduta médica.

Tais informações coletadas foram inseridas em uma ficha de coleta de dados produzida pelos pesquisadores, mantendo-se a postura ética frente a análise dos prontuários, cumprindo as diretrizes e normas regulamentadoras estabelecidas na resolução nº 466/12 sobre pesquisas com seres humanos, a qual incorpora, sob a ótica do indivíduo e das individualidades coletivas, as quatro referências básicas da bioética. Este estudo tivera aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará – Campus XII, com o número de parecer: 2.826.728, CAAE: 94860218.4.0000.5168.

Quanto a análise estatística, os dados foram duplamente digitados afim de evitar erros de preenchimento das planilhas do programa Excel (Office 2016). Foram utilizados recursos da estatística descritiva para caracterização da amostra utilizando frequências absolutas e relativas, média, mediana, desvio padrão e quartis. Os resultados foram apresentados na forma de infográficos e infotabelas. Na análise inferencial, aplicou-se primeiramente o teste de normalidade D'Agostino-Pearson. Para análise de distribuição de probabilidade usamos o teste





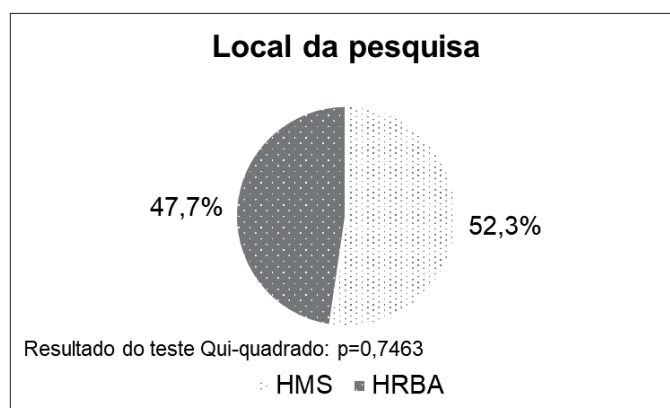
Qui-quadrado. Para comparação das medianas utilizamos o teste t de *Student*. Em ambas análises, usou-se  $p \leq 0,05$  para significância estatística. O programa Utilizado foi o *BioEstat* 5.3.

## ■ RESULTADOS

### Caracterização do perfil epidemiológico dos sujeitos e a conduta médica.

De acordo com os resultados apresentados na **figura 01**, nota-se que não houve diferenças significativas da distribuição das proporções, entre o HRBA e HMS.

**Figura 01.** Distribuição da amostra de acordo com o local da pesquisa.



De acordo com os resultados referentes ao perfil epidemiológico materno dos pacientes, observa-se na (**tabela 01**), que no HMS a maior proporção das mães possuía idade entre 16 e 30 anos (33,3%), eram solteiras (31,1%) ou não apresentavam informações sobre o estado civil (37,8%), etnia não informada (100,0%), estudaram até o ensino médio (42,2%), média de  $30,7 \pm 6,5$  semanas de gestação, gravidez única (95,6%), parto vaginal (64,4%) e fez pré-natal (60,0%).

Já no HRBA notou-se que as mães também possuíam idades entre 16 a 20 anos (26,8%), em união estável (34,1%), ou não informado (34,1%), etnia parda (58,5%), ensino médio completo (26,8%) ou escolaridade não informada (43,9%), média de  $33,5 \pm 4,1$  semanas de gestação, gravidez única (95,3%), parto cesáreo (58,5%) e fizeram pré-natal (56,1%). Verificou-se que para as variáveis etnias da mãe e tipo de parto houve diferenças significativas nas proporções, entre os locais do estudo.



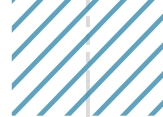


**Tabela 01.** Resultados da distribuição das frequências referentes ao perfil epidemiológico materno dos pacientes de acordo com o local da pesquisa.

| Perfil Epidemiológico       | Local      |        |             |       | Geral    |       | p-valor  |
|-----------------------------|------------|--------|-------------|-------|----------|-------|----------|
|                             | HMS (n=45) |        | HRBA (n=41) |       |          |       |          |
|                             | n          | %      | N           | %     | n        | %     |          |
| Idade da mãe                |            |        |             |       |          |       |          |
| 11—15                       | 1          | 2,2%   | 2           | 4,9%  | 3        | 3,5%  | 0,8414   |
| 16-20                       | 15         | 33,3%  | 11          | 26,8% | 26       | 30,2% |          |
| 21-25                       | 11         | 24,4%  | 7           | 17,1% | 18       | 20,9% |          |
| 26-30                       | 7          | 15,6%  | 7           | 17,1% | 14       | 16,3% |          |
| 31-35                       | 6          | 13,3%  | 7           | 17,1% | 13       | 15,1% |          |
| 36-40                       | 4          | 8,9%   | 4           | 9,8%  | 8        | 9,3%  |          |
| 41-45                       | 1          | 2,2%   | 3           | 7,3%  | 4        | 4,7%  |          |
| Estado civil                |            |        |             |       |          |       |          |
| Casada                      | 2          | 4,4%   | 4           | 9,8%  | 6        | 7,0%  | 0,5691   |
| Solteira                    | 14         | 31,1%  | 9           | 22,0% | 23       | 26,7% |          |
| União estável               | 12         | 26,7%  | 14          | 34,1% | 26       | 30,2% |          |
| Não informado               | 17         | 37,8%  | 14          | 34,1% | 31       | 36,0% |          |
| Etnia                       |            |        |             |       |          |       |          |
| Branca                      | 0          | 0,0%   | 2           | 4,9%  | 2        | 2,3%  | <0,0001* |
| Parda                       | 0          | 0,0%   | 24          | 58,5% | 24       | 27,9% |          |
| Não informado               | 45         | 100,0% | 15          | 36,6% | 60       | 69,8% |          |
| Escolaridade                |            |        |             |       |          |       |          |
| Fundamental I               | 1          | 2,2%   | 1           | 2,4%  | 2        | 2,3%  | 0,0607   |
| Fundamental II              | 13         | 28,9%  | 6           | 14,6% | 19       | 22,1% |          |
| Ensino médio                | 19         | 42,2%  | 11          | 26,8% | 30       | 34,9% |          |
| Superior incompleto         | 1          | 2,2%   | 1           | 2,4%  | 2        | 2,3%  |          |
| Superior completo           | 2          | 4,4%   | 4           | 9,8%  | 6        | 7,0%  |          |
| Sem escolaridade            | 2          | 4,4%   | 0           | 0,0%  | 2        | 2,3%  |          |
| Não informado               | 7          | 15,6%  | 18          | 43,9% | 25       | 29,1% |          |
| Semanas de gestação         |            |        |             |       |          |       |          |
| Média±Desvio padrão         | 30,7±6,5   |        | 33,5±4,1    |       | 32,0±5,7 |       |          |
| Tipo de gravidez            |            |        |             |       |          |       |          |
| Única                       | 43         | 95,6%  | 39          | 95,1% | 82       | 95,3% | 0,6755   |
| Dupla                       | 2          | 4,4%   | 2           | 4,9%  | 4        | 4,7%  |          |
| Tipo de parto               |            |        |             |       |          |       |          |
| Vaginal                     | 29         | 64,4%  | 17          | 41,5% | 46       | 53,5% | 0,0328*  |
| Cesáreo                     | 16         | 35,6%  | 24          | 58,5% | 40       | 46,5% |          |
| Houve assistência pré-natal |            |        |             |       |          |       |          |
| Sim                         | 27         | 60,0%  | 23          | 56,1% | 50       | 58,1% | 0,5585   |
| Não                         | 0          | 0,0%   | 1           | 2,4%  | 1        | 1,2%  |          |
| Não informado               | 18         | 40,0%  | 17          | 41,5% | 35       | 40,7% |          |

\*Resultados significativos para o teste Qui-quadrado de contingência (L x C)>

Na (**Tabela 02**) demonstrou-se, quanto aos neonatos, que a prevalência fora o sexo masculino (53,3%), com baixo peso ao nascer, parto ocorrido no hospital (86%). Em relação às etiologias houve diferença entre a prevalência destas nos locais de estudo. No HMS, 42,2% dos pacientes tiveram como causa base distúrbios respiratórios, enquanto que no



HRBA somente 22%. Em relação a este último hospital, os distúrbios hemodinâmicos e/ou de coagulação foram mais prevalentes, com 53,7%.

**Tabela 02.** Resultados da distribuição das frequências referentes ao perfil epidemiológico dos pacientes de acordo com o local da pesquisa.

| Perfil Epidemiológico                            | Local        |       |               |       | Geral         |       | p-valor  |
|--------------------------------------------------|--------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|----------|
|                                                  | HMS (n=45)   |       | HRBA (n=41)   |       |               |       |          |
|                                                  | n            | %     | n             | %     | n             | %     |          |
| Sexo do paciente                                 |              |       |               |       |               |       |          |
| Feminino                                         | 19           | 42,2% | 20            | 48,8% | 39            | 45,3% | 0,4936   |
| Masculino                                        | 25           | 55,6% | 20            | 48,8% | 45            | 52,3% |          |
| Não informado                                    | 1            | 2,2%  | 0             | 0,0%  | 1             | 1,2%  |          |
| Não determinado                                  | 0            | 0,0%  | 1             | 2,4%  | 1             | 1,2%  |          |
| Antropometria                                    |              |       |               |       |               |       |          |
| Peso ao nascer em gramas (média±desvio)          | 1823,9±972,8 |       | 2137,3±1073,0 |       | 1982,6±1030,5 |       | 0,1725** |
| Comprimento em centímetros (média±desvio)        | 40,6±7,0     |       | 42,6±5,9      |       | 41,7±6,5      |       | 0,2398** |
| Perímetro cefálico em centímetros (média±desvio) | 28,7±4,8     |       | 29,8±5,0      |       | 29,3±4,9      |       | 0,4098** |
| Perímetro torácico em centímetros (média±desvio) | 25,6±5,1     |       | 27,0±4,6      |       | 26,4±4,9      |       | 0,2843** |
| Etiologia                                        |              |       |               |       |               |       |          |
| Afecções do Sistema Nervoso Central              | 1            | 2,2%  | 0             | 0,0%  | 1             | 1,2%  | 0,0179*  |
| Causa diretamente relacionada à mãe              | 1            | 2,2%  | 0             | 0,0%  | 1             | 1,2%  |          |
| Distúrbio respiratório                           | 19           | 42,2% | 9             | 22,0% | 28            | 32,6% |          |
| Distúrbios hemodinâmicos e/ou de coagulação      | 9            | 20,0% | 22            | 53,7% | 31            | 36,0% |          |
| Má-formações                                     | 2            | 4,4%  | 0             | 0,0%  | 2             | 2,3%  |          |
| Prematuridade                                    | 1            | 2,2%  | 0             | 0,0%  | 1             | 1,2%  |          |
| Sepse e afecções infecciosas                     | 9            | 20,0% | 10            | 24,4% | 19            | 22,1% |          |
| Não informado                                    | 3            | 6,7%  | 0             | 0,0%  | 3             | 3,5%  |          |

\*Resultados significativos para o teste Qui-quadrado de contingência (L x C)

\*\* Resultados do teste t de Student.

Quanto às condutas médicas, conforme demonstra a (**tabela 03**), a mais prevalente, com 36% da amostra foi o uso de antibióticos. Embora tenha sido a mais frequente, esta conduta foi mais realizada no HRBA do que no HMS, com uma divergência expressiva. Outra que teve significância foi a adoção de via aérea definitiva, em seguida uso de oxigênio suplementar. A conduta menos frequente foi o uso de sedativos de maneira contínua. Os procedimentos cirúrgicos, exames de imagem, diálise e sedação contínua foram apenas utilizados no HRBA.

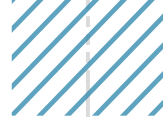


**Tabela 03.** Resultados da distribuição das frequências referentes ao perfil da conduta médica de acordo com o local da pesquisa.

| Conduta médica                             | Local      |       |             |       | Geral |       |
|--------------------------------------------|------------|-------|-------------|-------|-------|-------|
|                                            | HMS (n=45) |       | HRBA (n=41) |       |       |       |
|                                            | N          | %     | n           | %     | N     | %     |
| Nutrição Parenteral                        | 9          | 20%   | 15          | 37,5% | 24    | 27,9% |
| Hemocomponentes                            | 2          | 4,4%  | 19          | 46,3% | 21    | 24,4% |
| Via aérea definitiva                       | 12         | 26,6% | 18          | 43,9% | 30    | 34,8% |
| Sedação contínua                           | 0          | 0%    | 4           | 9,7%  | 4     | 4,65% |
| Diálise                                    | 0          | 0%    | 6           | 14,6% | 6     | 6,9%  |
| Exames de imagem                           | 0          | 0%    | 19          | 46,3% | 19    | 22%   |
| Antibioticoterapia                         | 2          | 4,4%  | 29          | 70,7% | 31    | 36%   |
| Acesso Venoso Central ou cateter umbilical | 8          | 17,7% | 13          | 31,7% | 21    | 24,4% |
| Oxigênio Suplementar                       | 12         | 26,6% | 16          | 39%   | 28    | 32,5% |
| Ressuscitação cardiopulmonar               | 7          | 15,5% | 7           | 17%   | 14    | 16,2% |
| Procedimentos cirúrgicos                   | 0          | 0%    | 12          | 29,2% | 12    | 13,9% |

Fonte: Autores da pesquisa.

## ■ DISCUSSÃO

O percentual de neonatos que evoluíram a óbito na UTI neonatal do HRBA nos anos de 2016 e 2017 foram próximos, com 12,35% e 11,85%, respectivamente. É importante ressaltar que os números de internações foram semelhantes, 160 pacientes em 2016 e 178 pacientes em 2017. Não houve diferença significativa das etiologias e indicações de internações em ambos os anos. Já o número total de pacientes internados no HMS em 2016 foi de 3192 e em 2017 foram 4052 internados. Evoluindo a óbito 82 pacientes em 2016 e 49 pacientes em 2017. Representando um percentual de mortalidade de 2,5% e 1,3% respectivamente. Sendo que deste último hospital, 45 prontuários foram encontrados e disponibilizados para análise devido a condições relacionadas a esta instituição.

A maioria dos pacientes e mães eram procedentes de Santarém, cidade onde encontra-se o principal centro de saúde pública da região do Baixo Amazonas. É possível inferir que em tal cidade provavelmente as mães e neonatos tiveram maior possibilidade ao acesso aos serviços de saúde em hospital “porta aberta” (demanda espontânea) e a UTI do HRBA, de alta complexidade, e conseqüentemente o número de internações e mortes neonatais registradas seja maior.

Um dos fatores de risco importantes acerca da mortalidade neonatal são fatores relacionados a mãe. Dentre estes, condições socioeconômicas, idade materna, idade gestacional, doenças crônicas anteriores a gestação, menos de seis consultas de pré-natal, distúrbios específicos da gestação (GONÇALVEZ *et al.*, 2015).

Referente à idade materna Aguiar *et al.*, (2011) consideram que multíparas com mais de 35 anos tem mais chances de parir recém-nascidos com índice de Apgar baixo, pequenos para a idade gestacional, baixo peso ao nascer e prematuros. Os quais, tais acometimentos,







são fatores de risco/etiológicos para a mortalidade neonatal. Nos neonatos internados na UTI do HRBA, que evoluíram a óbito, evidenciou-se que 75% destes foram nascidos de mães com idade superior a 35 anos e tinham baixo peso ao nascer.

Os estudos que correlacionam o nível de educação materno e óbito neonatal, na maioria das vezes, tem como fonte de dados secundários o Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM) do DATA-SUS e os Prontuários hospitalares, como nesta pesquisa, considerando esta a única variável do aspecto socioeconômico dos neonatos. Porém quando levado em consideração outros fatores e indicadores, tal correlação pode não ocorrer (SCHOEPS *et al.*, 2007).

No presente estudo tal correlação, acima citada, não ficara tão evidente. No caso das mães pertencentes a amostra do HRBA, a maioria destas, tinham cursado o ensino médio completo ou incompleto, representando 26,82% do total. Dados estes são semelhantes ao estudo de Nascimento *et al.*, (2012) no qual, 29,5% das mães possuíam o ensino médio, e aproximadamente 12% das mães tinham o ensino superior completo ou incompleto, semelhante ao percentual obtido nesta pesquisa (12,19%).

Contrariando a maioria das análises, a taxa de mães com escolaridade inferior ao ensino médio fora próxima de 17%. Em relação as mães analfabetas, o pequeno número de mulheres nesta condição, observado neste estudo, pode ter colaborado para não ter o alcance de significância estatística a respeito de tal variável. É válido frisar, que a maioria dos prontuários não haviam tal informação descrita, principalmente no HMS, representando 43,9% da amostra, o que pode interferir na consistência da análise. Quanto a etnia materna, a maioria destas eram pardas. Tal prevalência provavelmente é devido a maioria da população do Baixo Amazonas ser de tal raça.

A maioria das mães, as quais tiveram o estado civil revelado, estavam em União estável. Alguns estudos sugerem a existência da relação entre o estado civil e a mortalidade neonatal, sendo os neonatos de mães solteiras, com maiores riscos (Araújo *et al.*, 2000). Contudo, nesta pesquisa, tal grupo tivera percentuais próximos o de mulheres em União Estável. Com as modificações de costumes na sociedade, como, por exemplo, número de casamentos, a relação entre a mortalidade neonatal e estado civil é preciso ser revista.

Quanto ao tipo de parto, observou-se a relação entre esta variável e o nível educacional. Na amostra da UTI do HRBA, 80% das mães com ensino superior evoluíram para parto cesáreo. Tais números são semelhantes ao estudo de Araújo *et al.*, (2000), em que 82% das mães de neonatos com ensino superior que evoluíram a óbito realizaram parto cesáreo.

Em grande parte das mães houve intercorrências no pré-natal ou peri parto. Quanto a Doença hipertensiva da gravidez (DHEG), Chaim e colaboradores (2008), afirmam que os desfechos mais comuns ao conceito com relação a tal condição são restrição do crescimento





uterino, baixo peso ao nascer e prematuridade. Na amostra desta pesquisa, 25% dos neonatos com mães com DHEG nasceram com baixo peso e 25% prematuras.

Em relação ao sexo do neonato, houve uma discreta prevalência para o sexo masculino. Dados estes, semelhantes ao estudo de Migoto e colaboradores (2018), no qual encontrara um valor também de aproximadamente 52%. Tal fenômeno pode ser explicado pelo fato de no sexo feminino haver um amadurecimento pulmonar mais precoce, o que diminui a ocorrência de distúrbios respiratórios, uma das principais etiologias de morte neonatal (SOARES *et al.*, 2010).

A média de peso ao nascer nesta pesquisa fora inferior a 2000 gramas, considerada, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), baixo peso ao nascer. Nos dados do HMS, encontrou-se aproximadamente 50% da amostra com peso abaixo do padrão esperado, assemelhando-se com outros estudos na literatura médica, como o de Gaiva e colaboradores (2014), no qual afirma que em aproximadamente metade dos óbitos neonatais, os pacientes têm baixo peso ao nascer associado, sendo isto apontado por inúmeras outras pesquisas.

Em relação ao período de morte neonatal, houvera divergência nos hospitais sede da pesquisa. No HMS, hospital de demanda espontânea ou porta aberta, 75% dos óbitos ocorreram no período neonatal precoce. Enquanto que na UTI neonatal do HRBA, a prevalência fora no período neonatal tardio, com aproximadamente 60% da amostra do hospital. Tal fenômeno pode ter ocorrido devido ao maior suporte dos neonatos na UTI do hospital terciário e também ao fato de a maioria dos pacientes terem sido transferidos de outras unidades para este. Enquanto que no hospital “porta aberta”, além, de haver menos recursos, é onde ocorre na maioria das vezes a primeira assistência aos neonatos. Assim, a probabilidade de mortes no período neonatal precoce é maior.

Analisando a causa básica do óbito, os distúrbios respiratórios e os distúrbios hemodinâmicos e/ou coagulação foram os mais prevalentes. De acordo com Lansky e colaboradores (2002), as afecções respiratórias representam grande parte das etiologias da mortalidade neonatal. Tivera significância, nesta pesquisa, as malformações, distúrbios hemodinâmicos e sepse. Tais achados estão em consonância com os expostos como principais etiologias de morte neonatal de acordo com Vaz e colaboradores (1997).

Em relação a sepse neonatal, esta é prejudicial à saúde do recém-nascido, bem como aumenta o risco de morte. Nesta investigação encontrou-se um total de aproximadamente 25% de óbitos relacionados com tal variável, números parecidos com os do estudo de Alves *et al.*, (2018), no qual encontrara valores próximos a 30%.

Quanto às condutas adotadas pelos médicos frente aos pacientes internados em ambos os hospitais, as mais prevalentes foram o uso de antibióticos, adoção de via aérea definitiva e uso de oxigênio suplementar. Provavelmente, pelo fato de muitas das etiologias serem de





afecções do sistema respiratório e infecciosas. Algumas discrepâncias quanto a frequência de algumas condutas foi notada. Possivelmente por conta do perfil de cada um dos hospitais, bem como a prevalência de etiologias em ambos serem diferentes. Verificou-se que no HRBA houve o uso maior de antibióticos do que no HMS. Tal fato pode ser explicado pelo número de pacientes com sepse e/ou outras afecções infecciosas. O uso de diálise foi identificado apenas no HRBA devido ao oferecimento deste serviço na UTI neonatal. A estrutura do hospital terciário permitira um maior acesso a exames de imagem, assim como assistência para realização de procedimentos cirúrgicos, bem como cuidados pós-operatórios.

## ■ CONCLUSÃO

Conclui-se que não houvera diferenças significativas na distribuição das proporções entre o HRBA e HMS. Percebeu-se, que o perfil das mães de neonatos, os quais evoluíram a óbito eram de mulheres jovens, na faixa etária de 16-20 anos, residentes no principal centro financeiro, de saúde pública e cultural do Baixo Amazonas, o município de Santarém.

Outras características como a raça, não foi informada no prontuário, assim como o estado civil, com ensino médio completo ou incompleto, tiveram gestação única, evoluíram para parto vaginal e realizaram pré-natal. Quanto aos neonatos, à prevalência fora o sexo masculino, com baixo peso ao nascer, os partos ocorreram no hospital, em consonância com dados de outras pesquisas relatadas na literatura. As etiologias mais frequentes foram: distúrbios hemodinâmicos e/ou de coagulação, distúrbios respiratórios, sepse e afecções infecciosas.

O Norte, de maneira especial, pelas suas particularidades territoriais e fragilidades quanto infraestrutura, carece de políticas adequadas ao perfil do território. Os achados da pesquisa quanto o óbito em neonato, observa-se a dificuldade regional de responder, com ações mais profundas e eficientes.

Neste sentido este estudo visa servi de base para elaboração de novas pesquisas sobre a temática. Visto que o alcance de bons indicadores em saúde neonatal serve de parâmetros para o processo de saúde infantil e materna. Assim, a necessidade sobretudo de políticas sociais que foquem nos determinantes sociais, de cunho efetivo para a manutenção de baixas taxas de mortalidade.



## ■ REFERÊNCIAS

1. ALVES JB et al. **Sepse neonatal: mortalidade em município do sul do brasil, 2000 a 2013.** Rev. paul. pediatr. [online]. 2018, vol.36, n.2, pp.132-140.
2. ARAÚJO BF et al. **Mortalidade neonatal precoce no município de Caxias do Sul: um estudo de coorte.** Jornal de Pediatria - Vol. 76, N°3, 2000
3. BRASIL. **Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde.** Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2010
4. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de atenção. Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília: Ministério da Saúde;2012.
5. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 24 de junho de 2011 [citado em 2018 Jun 25]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html).» [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)
6. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de ações prognósticas estratégicas. Área técnica de saúde da mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada -manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde;2005.
7. CAMPOS D, LOSCHI RH, França E. **Mortalidade neonatal precoce hospitalar em Minas Gerais: associação com variáveis assistenciais e a questão da subnotificação.** Rev Bras Epidemiol 2007; 10(2): 223-38
8. CARVALHO RAS et al. **Desigualdades em saúde: condições de vida e mortalidade infantil em região do nordeste do Brasil.** Condições de vida e mortalidade infantil. Rev Saúde Pública 2015;49:5
9. CHAIM, SRP et al. **Hipertensão arterial na gestação e condições neonatais ao nascimento.** Acta paul. enferm. [online]. 2008, vol.21, n.1, pp.53-58.
10. GAIVA MAM et al. **Mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer.** Rev. esc. enferm. USP vol.48 no.5 São Paulo Oct. 2014
11. GONCALVES, AC et al. **Tendência da mortalidade neonatal na cidade de Salvador (Bahia-Brasil), 1996-2012.** Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [online]. 2015, vol.15, n.3, pp.337-347.
12. HUG L, ALEXANDER M, YOU D, ALKEMA L. **National, regional, and global levels and trends in neonatal mortality between 1990 and 2017, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis.** Lancet. 2019;7(6):e710-20. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30163-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30163-9).
13. LANSKY S et al. **Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura.** Rev. Saúde Pública [online]. 2002, vol.36, n.6, pp.759-772.
14. MIGOTO MT et al. **Mortalidade neonatal precoce e fatores de risco: estudo caso-controle no Paraná.** Rev. Bras. Enferm. Vol 71 no. 5 Brasília set/out. 2018
15. NASCIMENTO RM et al. **Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil.** Cad. Saúde Pública vol.28 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2012

- 
16. *SCHOEPS, D et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce.* Rev. Saúde Pública [online]. 2007, vol.41, n.6, pp.1013-1022.
  17. *SOARES ES et al. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local.* Epidemiol. Serv. Saúde v.19 n.1 Brasília mar. 2010
  18. *UNICEF. United Nations Children's Fund. Levels and trends in child mortality: report 2019* [Internet]. New York: UNICEF, 2019 [cited 2019 June 12]. Available from: <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality/>
  19. *VAZ FAC. Mortalidade perinatal e neonatal.* Rev Ass Med Brasil 1997; 43(1): 3

---

# Narrativas de vida de puérperas internadas no alojamento conjunto frente a hospitalização do filho com sífilis congênita

| **Beatriz Cristina de Oliveira Guerra**  
UNIRIO

| **Leila Rangel da Silva**  
UNIRIO

| **Laura Johanson da Silva**  
UNIRIO

| **Lívia de Souza Câmara**  
UNIRIO

| **Isabela da Costa Monnerat**  
UNIFESO

| **Selma Villas Boas Teixeira**  
UNIRIO



# RESUMO

**Objetivos:** Identificar o conhecimento de puérperas internadas no alojamento conjunto acerca da sífilis congênita e analisar os sentimentos das puérperas frente à hospitalização do filho recém-nascido com diagnóstico de sífilis congênita. **Método:** Narrativa de vida de 7 puérperas em acompanhamento de seus filhos recém-nascidos internados para o tratamento de sífilis congênita. Na primeira etapa da análise foram codificadas as falas que totalizou 48 unidades temáticas. Em seguida foi realizada a recodificação e construídos 5 agrupamentos de acordo com as similaridades entre as unidades temáticas. A partir da síntese, foram construídas 2 categorias de acordo com as similaridades dos temas dos agrupamentos: Categoria 1: O cuidado e a proteção materna dos filhos com diagnóstico de sífilis congênita (que corresponde os três primeiros agrupamentos) e a Categoria 2: O conhecimento e o tratamento da sífilis na visão materna (que são os dois últimos agrupamentos). **Resultados:** As puérperas apresentaram sentimentos negativos como raiva, ansiedade, preocupação e medo tanto no momento do diagnóstico quanto no tratamento da sífilis congênita. Algumas possuíam conhecimento rudimentar, confuso e por vezes equivocado, principalmente com relação as sequelas da infecção. **Conclusão:** É preciso realizar educação em saúde sexual em todos os cenários do cuidado, e toda a equipe de saúde, precisa estar capacitada para atender as demandas e dúvidas que as puérperas venham apresentar, sendo capaz de explicar de forma clara e simples todo o processo saúde-doença da sífilis.

**Palavras-chave:** Sífilis Congênita, Relações Mãe-Filho, Sentimentos, Conhecimento, Puerpério.

## ■ INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção bacteriana causada pelo *Treponema pallidum*, possui caráter sistêmico, é exclusiva do ser humano, curável e seu tratamento não confere imunidade. Sua transmissão é predominantemente por via sexual. Na transmissão vertical, a bactéria pode ser transmitida ao feto por via transplacentária em mulheres infectadas não tratadas ou tratadas inadequadamente ou durante o parto vaginal se houver leões ativas, o que pode ocasionar aborto, malformação, prematuridade e também problemas neurológicos e auditivos no recém-nascido, é a chamada sífilis congênita (SC) (BRASIL, 2020a; RIBEIRO *et al.*, 2021).

Segundo o Boletim Epidemiológico sobre a sífilis, entre 2010 e 2019 as taxas de incidência em 1000 nascidos vivos de sífilis em gestantes aumentou de 3,5 para 20,8 casos registrados, enquanto a taxa de sífilis congênita passou de 2,4 para 8,2 infecções no mesmo número de habitantes. Em 2019 o Rio de Janeiro foi o estado com a maior taxa de detecção de sífilis em gestantes (44,5 casos/1.000 nascidos vivos) e a maior taxa de incidência de sífilis congênita (20,1 casos/1.000 nascidos vivos), valores muito superiores à nacional. Dados esses que preocupam as autoridades sanitárias uma vez que pode acarretar impactos negativos diretos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil (BRASIL, 2020b).

Para o Ministério da Saúde nem todo recém-nascido exposto à sífilis desenvolverá a doença, e só será diagnosticado quando apresentar manifestação clínica, alteração liquórica ou radiológica, teste não treponêmico reagente ou com o resultado maior que o da mãe em pelo menos duas diluições e nos casos em que sua mãe não realizou ou realizou inadequadamente o tratamento durante o pré-natal. Esses casos devem ser notificados, investigados, tratados e realizado segmento até o 2º ano vida (BRASIL, 2020a).

A SC precoce é aquela em que as manifestações clínicas ocorrem antes dos dois anos de idade e podem apresentar erupções cutâneas, anemia, icterícia, leucopenia ou leucocitose, hepatoesplenomegalia, síndrome nefrótica, linfadenopatia generalizada, periostite, osteocondrite, rinite serosanguinolenta. As manifestações clínicas da sífilis congênita tardia surgem após o segundo ano de vida e caracterizam-se pela presença de formação das gomas sífilíticas em diversos tecidos, tibia em lâmina de sabre, fronte olímpica, nariz em sela, dentes deformados, mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial com cegueira, perda auditiva sensorial (BRASIL, 2019).

Como na maioria das vezes as manifestações clínicas dos recém-nascidos/lactentes infectados pela sífilis não se apresentam ao nascer, observa-se uma dificuldade quanto à conscientização da mãe sobre a importância da investigação e do acompanhamento da criança. Dessa forma, o profissional deve ser um educador em saúde, realizando um aconselhamento adequado para que a puérpera possa avaliar as condições de risco e assim



propiciar uma quebra na cadeia de transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (BECK; SOUZA, 2018).

A sífilis congênita pode acarretar impactos negativos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil. Ademais, fatores como o estigma da doença, o aumento da duração da hospitalização do recém-nascido e todos os procedimentos dolorosos que envolvem o tratamento, bem como os possíveis desequilíbrios no núcleo familiar quando da ocasião do diagnóstico, poderá influenciar na estabilidade emocional da mãe e na percepção do nascimento do filho, ao se deparar com um período mais prolongado de hospitalização, mínimo de 10 dias, imbuído de sentimento de insegurança, revolta, culpa e medo (ARAUJO *et al.*, 2020).

O diagnóstico de SC traz consequências biológicas e físicas para a criança, impactos negativos no emocional e vida social da mãe, além de ser um grave problema de saúde pública (SILVA; SANTOS, 2004). Este estudo justifica-se pela necessidade de apoio, compreensão e esclarecimento da mulher, por parte da equipe de enfermagem e de outros profissionais de saúde, visando eliminar tabus e falsos conceitos, além de reforçar as orientações sobre saúde sexual e o futuro da saúde da criança.

A participação da família no que tange os cuidados e necessidades de acompanhamento do recém-nascido frente à sífilis congênita geralmente fica a cargo da mãe, que acaba sendo a figura principal nesse processo de hospitalização e segmento do filho. O estudo teve como objeto o conhecimento e sentimento de puérperas com filhos internados no alojamento conjunto para o tratamento da sífilis congênita.

Neste contexto foi formulada a seguinte questão norteadora: Quais são os conhecimentos e sentimentos das puérperas frente a hospitalização do filho com diagnóstico de sífilis congênita? E seus objetivos, identificar o conhecimento de puérperas internadas no alojamento conjunto acerca da sífilis congênita e analisar os sentimentos das puérperas frente à hospitalização do filho recém-nascido com diagnóstico de sífilis congênita.

## ■ MÉTODO

Pesquisa de abordagem qualitativa por ter seu foco no universo microsocial e analisar os significados que as pessoas dão as suas experiências e por fazer uma indissociável da relação entre estruturas e representações (MINAYO, 2017). Trata-se de um estudo do tipo descritivo em que os dados analisados foram observados e interpretados sem sofrer interferência ou manipulação (ANDRADE, 2000).

O cenário da pesquisa foi o alojamento conjunto de um hospital universitário de âmbito federal situado na zona norte do município do Rio de Janeiro. As participantes do estudo foram sete puérperas, em acompanhamento de seus filhos recém-nascidos internados no alojamento conjunto para o tratamento de sífilis congênita.





Os critérios de inclusão foram: mães que tenham mais de 18 anos; estejam em sistema de alojamento conjunto com o filho; e cujo filho esteja recebendo tratamento medicamentoso para sífilis congênita. Os critérios de exclusão adotados foram: mães cuja condição clínica ou psicológica inviabilize a entrevista; e mães que apresentem incapacidade de consentimento.

A coleta de dados foi no período de novembro de 2019 a junho de 2021. Este longo tempo de coleta ocorreu pela pandemia de COVID-19, onde muitas pesquisas presenciais precisaram ser interrompidas por um longo período. A principal dificuldade do estudo, foi não ter tido um número de participantes elegível antes da pandemia que atingisse o ponto de saturação, ou seja, quando as informações coletadas não agregassem novos dados referentes ao objeto de estudo (SANTOS; SANTOS, 2008).

Desta forma, foi preciso esperar o momento oportuno e menos restritivo, para retomar a coleta de dados e obter a saturação dos dados, que ocorreu na entrevista 6, a primeira realizada na retomada do estudo.

A técnica de coleta utilizada foi o método narrativa de vida, onde com uma pergunta aberta, o pesquisador solicita ao participante que narre um momento passado em sua vida que julgue ter tido importância em sua situação atual. E com a utilização de filtros, o pesquisador vai atingindo seus objetivos de coleta, intervindo o mínimo possível na narrativa do informante (BERTAUX, 2010).

Inicialmente as potenciais participantes foram convidadas e esclarecidas quanto aos procedimentos da pesquisa, em abordagem individual, sendo então assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A entrevista com a narrativa de vida, ocorreu em local reservado e com a gravação de voz. O instrumento aplicado visava a caracterização das participantes e em seguida foi realizada uma única pergunta aberta: “Conte-me sobre o que acha importante na sua vida que tenha relação com a sífilis congênita do seu filho”.

Os filtros utilizados para nortear a entrevista foram: diagnóstico de sífilis congênita; conhecimento sobre a sífilis congênita; fontes das informações sobre a sífilis congênita; sentimentos maternos durante a hospitalização do filho; cuidado e acompanhamento do filho após a alta, no que se refere à sífilis congênita.

As entrevistas foram transcritas na íntegra, e junto com os áudios foram armazenados na plataforma do Google Drive®. Para assegurar o anonimato foi adotado um sistema alfa-numérico de identificação formado pela junção da letra P e de números em ordem crescente (P1 a P7). Os dados gerados foram organizados e analisados conforme o proposto no referencial de narrativa de vida, que consta de 3 etapas: codificação, recodificação e síntese (BERTAUX, 2010).

Na primeira etapa da análise foram codificadas as falas que totalizou 48 unidades temáticas (UTs). Em seguida foi realizada a recodificação e construídos 5 agrupamentos de





acordo com as similaridades entre as unidades temáticas: A culpa pela transmissão vertical (7 UTs); O cuidado e proteção materna (13 UTs); Sentimentos da puérpera sobre a sífilis (7 UTs); (Des)conhecimento da puérpera sobre a sífilis (11 UTs); Cuidado e tratamento da sífilis na visão da puérpera (10 UTs).

A partir da síntese, foram construídas 2 categorias de acordo com as similaridades dos temas dos agrupamentos: Categoria 1: O cuidado e a proteção materna dos filhos com diagnóstico de sífilis congênita (que corresponde os três primeiros agrupamentos) e a Categoria 2: O conhecimento e o tratamento da sífilis na visão materna (que são os dois últimos agrupamentos).

O estudo atendeu os princípios éticos e legais que regem a pesquisa científica com seres humanos, atendendo a Resolução n.º 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, e contém o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os participantes maiores de 18 anos. A pesquisa teve aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro em março de 2020 sob Parecer n.º 3.926.484, n.º CAAE- 29819520.3.0000.5285.

## ■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram contatadas dez puérperas e dessas, sete aceitaram narrar suas vidas. A idade variou entre 19 e 40 anos, e sobre o estado civil, duas eram casadas, e as demais (5) declararam-se solteiras e dessas, três moravam com o companheiro. Com relação a escolaridade das puérperas, uma possuía ensino superior completo, três o ensino médio completo, duas o ensino médio incompleto e uma possuía o fundamental completo. A ocupação das participantes variou entre uma advogada, uma cuidadora de idosos e uma auxiliar de loja, as outras quatro estavam desempregadas. O histórico obstétrico pode ser observado no Quadro 1 a seguir:

**Quadro 1.** Antecedente obstétrico das puérperas.

| PUÉRPERA | GESTA | PARA | ABORTO | FILHOS VIVOS |
|----------|-------|------|--------|--------------|
| P1       | III   | II   | I      | I            |
| P2       | II    | I    | I      | I            |
| P3       | II    | II   | 0      | II           |
| P4       | II    | II   | 0      | II           |
| P5       | II    | II   | 0      | II           |
| P6       | IV    | IV   | 0      | IV           |
| P7       | I     | I    | 0      | I            |

Fonte: As autoras, 2021.





No quadro 1 podemos observar que uma puérpera era primípara. E que P1 tem 1 filho vivo apesar de ser Para II, isso porque segundo relato materno, ela teve um natimorto consequência de uma sífilis anterior.

Todas as puérperas relataram terem realizado acompanhamento pré-natal, cinco relataram que o tratamento para a sífilis ocorreu ainda na gestação com benzilpenicilina benzatina, que é a única opção segura e eficaz para gestantes, o que acende um alerta para um tratamento inadequado ou recontaminação (BRASIL, 2019).

Uma das participantes relatou ser alérgica a penicilina e não fez uso, por isso, seu filho precisou permanecer internado após nascimento para tratamento, conforme o estabelecido no protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020a). Nessa gestação atual, quatro mulheres tiveram o parto vaginal e três partos cirúrgicos.

A primeira categoria trata do cuidado e da proteção materna dos filhos com diagnóstico de sífilis congênita em que serão discutidas a culpa pela transmissão vertical, o cuidado e a proteção materna e os sentimentos da puérpera com relação a sífilis.

Na segunda categoria serão discutidos o conhecimento e o tratamento da sífilis na visão materna a partir dos agrupamentos (des)conhecimento da puérpera sobre a sífilis, e cuidado e tratamento da sífilis na visão da puérpera.

## **A culpa pela transmissão vertical**

A culpa pela transmissão vertical foi um ponto muito citado nas narrativas, por afetar o seu maternar com o filho e as relações amorosas e conjugais. Afinal quem infectou quem? Essa foi a grande dúvida que surgiu na maioria das participantes do estudo.

Situações de infidelidade ou de múltiplas parcerias fez com que essas mulheres questionassem se a culpa pela transmissão era realmente dela ou do seu companheiro, e foi essa dúvida que gerou mais ansiedade e angústia durante a sua hospitalização. Sentimentos negativos foram observados principalmente nas puérperas que tinham conhecimento sobre quem foi o transmissor, como pode ser evidenciada nas falas de P1, P2, P4 e P6:

Bom eu achava que eu tinha pego a sífilis do meu marido, mas não, acabei de descobrir no tratamento dela que eu peguei com meu primeiro parceiro...ai eu fiquei chateada com isso, então eu venho culpando meu marido de coisas, tadinho. (P1)

Foi difícil, balancei casamento, balancei tudo, mas a gente tem que superar. (P2)

Ah o que eu mais senti foi culpa, por ter passado para ela, senti muita culpa. Ter deixado acontecer isso comigo e passar pra ela. (P4)

É como se eu tivesse culpa por estar acontecendo isso. (P6)







Neste momento de insegurança é indispensável o apoio da equipe de saúde que tem o papel de não julgar ou reforçar nas mulheres a responsabilização pela infecção, e sim garantir que entendam a importância do tratamento e da prevenção da sífilis e de outras IST (SOUZA; BECK, 2019).

## O cuidado e a proteção materna

Quatro puérperas tinham esperança do filho não ter sífilis congênita e o diagnóstico da infecção foi uma surpresa em suas vidas, principalmente pelo nascimento ser um momento em que é esperado um recém-nascido saudável. Quando as mães descobrem que vão permanecer mais tempo hospitalizadas acompanhando o filho para tratamento, se mostram preocupadas e com um turbilhão de sentimentos e conforme os dias vão passando, o cansaço aumenta enquanto aguardam a alta (BRITO; KIMURAI 2018).

Apesar da hospitalização de um recém-nascido para tratamento da sífilis congênita ser relativamente rápida, pode gerar mudanças na percepção da vida, além de afetar a rotina diária das puérperas e suas famílias, principalmente quando possuem outros filhos, como é o caso da maioria no estudo, que relataram sobre a dificuldade de passar tanto tempo longe dos outros filhos. Cabe o enfermeiro e sua equipe proporcionar conhecimento e capacitação para auxiliar as puérperas na transição da parentalidade para cuidar dos seus filhos com sífilis congênita (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Algumas mães em seus depoimentos mostraram-se admiradas e felizes com seus filhos recém-nascidos, e relatavam muita vontade de protegê-los, como nos relatos de P5 e P2:

Ah o importante na minha vida foi ela, eu estava com mioma e engravidei dela, quando eu soube fiquei até feliz. (P5)

A sensação é de proteger, proteção. Se eu pudesse tomar todas as injeções por ele, eu tinha tomado. (P2)

Com relação ao segmento e acompanhamento do filho após a alta, cinco puérperas afirmaram que vão realizá-lo, de acordo com as recomendações que receberam. Algumas relataram não ter condições de fazer o segmento no hospital da maternidade, uma vez que moram longe, mas se mostraram dispostas a buscar ajuda nas unidades básicas de seus territórios:

Eu vou no médico pediatra que falou que vai ficar observando e daqui um mês eu vou ter que fazer um novo exame nela. Mas eu vou tratar pra não progredir não. (P4)

Ah eu vou continuar o acompanhamento, como lá no posto que vou ter que levar ela pra ter um acompanhamento depois da alta. (P5)





Depreende-se que para o sucesso do tratamento da sífilis congênita, é preciso levar em conta às necessidades das famílias estabelecendo estratégias que facilitem o acesso aos serviços de saúde (FELIZ *et al.*, 2016).

### **Sentimentos das puérperas sobre a sífilis**

Com relação as questões emocionais dessas puérperas, sentimentos negativos estão envolvidos tanto no momento do diagnóstico quanto no tratamento da SC (SILVA *et al.*, 2019a). Todas às puérperas deste estudo quando questionadas sobre como se sentiam em relação à infecção do filho, relataram sentimentos de angústia, medo e tristeza. O arrependimento por não terem se prevenido também foi identificado algumas vezes, assim como a vergonha pela contaminação. As falas de P1, P4, P6 e P7 demonstram esses sentimentos:

O pior pra mim foi ver ela fazendo alguns exames para ver se não ficou sequelas, ai fizeram o exame na coluna, recolheram um líquido da coluna dela, ai quando eu vi a agulha enfiada na coluna dela, foi a pior coisa assim sabe, aquela vontade de tirar assim e ficar no lugar dela, é tipo isso , é muito ruim, não desejo isso pra ninguém. (P1)

Depois que a médica conversou comigo no pré-natal eu soube que quando ela nascesse, teria que fazer tratamento e fazer os exames tudo certinho, ai foi horrível. Ver hoje que ela teve que ser furada, que ela teve que passar por isso tudo, foi horrível. E por falta de precaução minha. (P4)

Tinha medo de acontecer um monte de coisa com ela [...] eu tinha um receio de vir algumas coisinhas. (P6)

Foi bem chato, porque tratei, tratei e ele está também. (P7)

A necessidade da hospitalização do filho pode agravar os sentimentos maternos principalmente por reconhecerem que o tratamento é doloroso e pela ansiedade com a espera dos resultados dos exames de imagens e laboratoriais. Por outro lado, Silva e Santos (2004), relatam que as crenças religiosas são fonte de fé e apoio para as puérperas superarem as adversidades do momento, o que foi evidenciado nas narrativas de seis mães do estudo.

### **(Des)conhecimento da puérpera sobre a sífilis**

Foi observado desinformação das puérperas quanto à sífilis. Algumas possuíam conhecimento rudimentar, confuso e por vezes equivocado, principalmente com relação as sequelas da infecção. É mister que a equipe de saúde realize práticas educativas em todo ciclo gravídico-puerperal e reforce as orientações durante a internação do recém-nascido com SC (SILVA *et al.*, 2019b). O pouco conhecimento pode ser observado na fala de P1 e P5:



O que me falaram é que se não fizer tratamento fica aleijada, fica cega, mas eu não sei nada profundo dela. (P1)

Eu fiquei assim: sífilis? Tomei aquele choque [...] Tipo assim, eu não tenho conhecimento nenhum sobre essas doenças assim, entendeu? (P5)

Algumas genitoras reconhecem a sífilis como uma infecção sexualmente transmissível, tal fato pode ser explicado, uma vez que a infecção pode ocorrer de forma silenciosa e o diagnóstico ser negligenciado pelas portadoras, que não procuram auxílio para o tratamento, ou o abandonam.

Duas das puérperas demonstraram saber a importância do uso dos preservativos para evitar a infecção. Apesar de relevante para a prevenção do agravo, esse reconhecimento da SC apenas como IST é insuficiente, visto a amplitude da doença e os transtornos que pode causar (ALBUQUERQUE *et al.*, 2015). As falas de P3 e P4 exemplificam o reconhecimento da sífilis como IST:

Não muito, sei só que é uma doença sexualmente transmissível, só. (P3)

A gente tem que ter cuidado né, tem que usar camisinha mesmo, não pode confiar em qualquer pessoa, que isso é muito perigoso, muito mesmo. (P4)

O desconhecimento materno acerca das complicações que podem decorrer da sífilis congênita foi um achado na pesquisa. O fato de saberem da existência do risco, mas não saberem quais são, pode ocorrer pela forma como são passadas as informações (LIMA *et al.*, 2016). Em contrapartida, as mães reconhecem o benefício de prolongamento da internação para tratamento adequado do filho.

Quando questionadas sobre a fonte das informações que possuíam a respeito da sífilis, sinais e sintomas, tratamento e prognóstico, relataram ter adquirido pelos profissionais de saúde, internet e conhecidos sem dar muitos detalhes.

Por serem fonte de informações e para garantir uma assistência integral para o enfrentamento do diagnóstico de SC, é preciso a educação permanente para os profissionais de saúde para que sejam capazes de pautar suas ações em todos os cenários do cuidado reforçando a importância da educação em saúde voltada para o combate à sífilis e outras IST, afim de evitar um abandono do tratamento ou possível reinfecção/infecção em uma próxima gravidez (FAVERO *et al.*, 2019).

## **Cuidado e tratamento da sífilis na visão da puérpera**

Algumas puérperas relataram que o tratamento durante a gestação foi complicado, principalmente por não conhecerem muito sobre a sífilis e não terem muita clareza sobre a



importância de se prevenir e como evitar a transmissão para seu filho. Depreende-se que é preciso um pré-natal cada vez mais qualificado, uma vez que é a chave para diminuir os casos de sífilis em gestante e consequente SC (FELIPE *et al.*, 2019).

Vale ressaltar que se o companheiro não participa do pré-natal, provavelmente ele não será testado e se necessário tratado e assim não conseguirá evitar reinfecção (ZOILO *et al.*, 2018). Tal fato aconteceu com algumas puérperas, algumas demonstraram não ter muita clareza sobre esta possibilidade e outras demonstraram ter noção sobre o momento em que entraram em contato com a bactéria mais de uma vez, ou seja, se reinfectaram com a mesma parceria sexual, como P4:

Tomei a primeira dose, me mudei de bairro e comecei a fazer outro pré-natal, consegui encaminhamento pra cá e comecei o meu tratamento. Só que estava bem baixa a minha pontuação do exame. Aconteceu que eu tive outra relação com a mesma pessoa e aumentou e eu tive que fazer outro tratamento de novo, mês passado antes dela nascer, foi aí que passou pra ela. (P4)

Algumas puérperas relataram morar longe da maternidade, mas mesmo assim ficaram felizes e satisfeitas com a qualidade do atendimento durante o parto e tratamento do filho no hospital universitário, uma vez que as unidades de saúde perto das suas residências são precárias e escassas, como foi o caso de P1, P5 e P6:

Aonde eu moro, o recurso é muito, muito pequeno, é roça. (P1)

Eu falei com meu esposo: vou ter nossa filha lá. Ele respondeu: lá é muito longe. (P5)

Mesmo morando longe, eu pego metrô, ônibus, mas venho. (P6).

A satisfação com a equipe e a estrutura do hospital foi evidenciada na fala de quatro mães. Porém, algumas relataram desconfiança com a equipe por não explicarem, os procedimentos de forma clara, que estavam realizando no filho. Essa desconfiança pode ser uma barreira no tratamento e consequente cura do recém-nascido e prevenção de agravos ou reinfecção. É preciso fornecer orientações para as puérperas sobre a terapêutica adotada de forma clara, sem utilizar termos técnicos que por muitas das vezes a mulher por vergonha de retirar suas dúvidas não pergunta ao profissional de saúde (SOUZA; BECK, 2019).

Uma narrativa chamou atenção por referir a falta de manter a privacidade pelo profissional médico que adentrou no ambiente do alojamento conjunto, não respeitando a presença das visitas e dando informações sobre o estado de saúde do recém-nascido na frente dos familiares, sem respeitar os preceitos éticos relacionado ao sigilo, ainda mais se tratando de uma infecção transmitida pelo sexo e que no caso ocorreu transmissão vertical. Vale





ressaltar que essa fala foi narrada por P1, antes da pandemia de COVID-19 quando eram permitidas visitas ao binômio na maternidade:

Até fiquei chateada com isso, porque o médico chegou chegando, não viu nem a visita sabe, foi falando sobre a doença dele. (P1)

Mesmo com as determinações sanitárias pelo momento pandêmico e com as visitas suspensas, é importante que a equipe de saúde esteja comprometida com o cuidado desse agravo, sem constranger à mulher na frente de outras pessoas, independente, de serem familiares ou conhecidos, como exemplo os acompanhantes e também na presença de outras puérperas, principalmente por se tratar de uma infecção carregada estigmas e tabus. O cuidado respeitoso é a garantia de um atendimento integral e qualificado a esse binômio e família (CÂMARA *et al.*, 2021).

A prática continuada pautada na educação em saúde e o cuidado empático seguramente reflete nos níveis de confiança da puérpera com os profissionais de saúde e consequentemente ajudará na continuidade do tratamento e do segmento da família com sífilis/sífilis congênita.

## ■ CONCLUSÃO

Até os dias atuais mulheres convivendo com infecções sexualmente transmissíveis, como a sífilis, relatam sentir vergonha, tristeza e culpa. Neste estudo, fica claro que a transmissão vertical, aumenta e transforma esses sentimentos, o que pode ser explicado pela visão da figura materna como algo imaculado, pelo instinto de proteção e de sobrevivência que as mães têm em relação aos seus filhos ou até mesmo pela desconfiança que uma infecção transmitida pelo sexo gera nos casais com relacionamento estável.

O conhecimento confuso e permeado de mitos e crenças afeta diretamente na percepção emocional sobre a infecção, uma vez que muitas não compreenderam na gestação como de fato a transmissão vertical ocorreu e como poderia ter sido evitada, se sentindo impotentes. O entendimento confuso sobre as sequelas que a SC pode acarretar gerou ansiedade e incertezas quanto ao futuro do filho.

Apesar dos percalços e todo enfrentamento em vivenciar a hospitalização do filho que chora e sente dor pelas inúmeras punções venosas, as puérperas tinham consciência da importância do tratamento e permaneciam 10 dias ao lado do recém-nascido mesmo com outros filhos dependendo do seu cuidado e ficavam satisfeitas com o fato de terem alguém que estava ali para ouvi-las, dando voz, sem julgá-las.

A pandemia de COVID-19 foi um grande limitador do estudo, uma vez que a coleta de dados precisou ser interrompida por alguns meses até que fosse autorizada a volta ao





campo, além disso, há ainda uma escassez de estudos atuais sobre a temática. Apesar dos percalços, esta pesquisa contribuirá para reflexões dentro da academia e também para o cuidado direto uma vez que permitirá que os profissionais de saúde conheçam comportamentos e sentimentos das puérperas que acompanham seus filhos com sífilis congênita. Como sugestão a Instituição deverá oferecer um serviço pautado no respeito empático e humano, além de desmistificar o conhecimento ainda confuso que as puérperas possuem de uma doença secular e de cura reconhecida.

Toda a equipe de saúde, em especial a enfermagem que permanece 24 horas em contato com essas puérperas, precisa estar capacitada para atender as demandas e dúvidas que venham apresentar, sendo capazes de explicar de forma clara e simples todo o processo saúde-doença da sífilis. É preciso realizar educação em saúde sexual em todos os cenários do cuidado, para que no futuro outras puérperas sejam multiplicadoras do conhecimento na sua própria comunidade, para que outras mulheres não passem pelas mesmas dificuldades que as mães desse estudo enfrentaram.

## ■ AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem a Diretoria de Pesquisa (DPq) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) pela possibilidade de Bolsa de Iniciação Científica (IC/UNIRIO).

## ■ REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE, Conceição de Maria de et al. A compreensão da qualidade de vida atrelada à sífilis congênita. **Revista de APS**, v. 18, n. 3, set. 2015.
2. ANDRADE, Maria Margarida de. **Como Preparar Trabalhos Para Cursos de Pósgraduação: Noções Práticas**. Editora Atlas SA, 2000.
3. ARAUJO, Sara Rodrigues et al. A vivência das mães frente a ocorrência de sífilis congênita em seus filhos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 42, p. e2760- e2760, fev. 2020. DOI: 10.25248/reas.e2760.2020
4. BECK, Elisiane Quatrin; SOUZA, Martha Helena Teixeira. Práticas de enfermagem acerca do controle da sífilis congênita. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 10, n. Especial, p. 19–24, 2018. DOI: 10.9789/2175-5361.2018.v10iEspecial.19-24.
5. BERTAUX, Daniel. **Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos**. Natal, RN: EdUFRN; São Paulo: Paulus, 2010.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI). **Boletim Epidemiológico Sífilis 2020**. Brasília, 2020b.

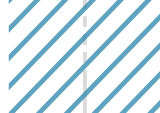






7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI). **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, 2019.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, 2020a.
9. BRITO, Ana Paula Almeida; KIMURAI, Amélia Fumiko. Transmissão vertical da sífilis: vivência materna durante a hospitalização para diagnóstico e tratamento de seu filho recém-nascido. **CEP**, v. 2347, p. 060, 2018.
10. CÂMARA, Livia de Souza Câmara et al. Conhecimento técnico dos profissionais de saúde quanto ao manejo da sífilis e a sua relação com a Educação Permanente em Saúde. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. e2010211996, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i2.11996.
11. FAVERO, Marina Luiza Dalla Costa et al. Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 26, n. 1, p. 2-8, jul. 2019. DOI: 10.17696/2318-3691.26.1.2019.1137.
12. FELIPE, Cristiane Nascimento et al. Puérperas de sífilis congênita de uma maternidade de Cabo Frio-RJ: levantamento do perfil epidemiológico. **Nursing (São Paulo)**, p. 3105-3110, ago. 2019.
13. FELIZ, Marjorie Cristiane et al. Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 727-739, out/dez. 2016. DOI: 10.1590/1980-5497201600040004
14. GUIMARÃES, Marcelle Sampaio de Freitas et al. Parentalidade de pais de recém-nascidos hospitalizados por sífilis congênita à luz da teoria das transições. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 4, 2018. DOI: 10.1590/0104-07072018001190017
15. LIMA, Valdenia Cordeiro et al. Percepção de mães acerca da sífilis congênita em seu conceito. **Espaço para Saúde**, v. 17, n. 2, p. 118-125, 2016. DOI: 10.22421/15177130-2016v17n2p118.
16. MINAYO, Maria Cecília de Souza. Cientificidade, generalização e divulgação de estudos qualitativos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 16-17, jan. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017221.30302016
17. RIBEIRO, Marcelle Sampaio de Freitas Guimarães et al. Conocimiento y vulnerabilidad de los participantes en la Tienda de Sífilis: acción de extensión universitaria. **Enfermería Global**, v. 20, n. 63, p. 412-460, 2021. DOI: 10.6018/eglobal.448771
18. SANTOS, Inês Maria Meneses dos; SANTOS, Rosângela da Silva. A etapa de análise no método história de vida: uma experiência de pesquisadores de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 714-719, out/dez. 2008. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400012
19. SILVA, Jéssica Gama da et al. Sífilis congênita no recém-nascido: repercussões para a mãe. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 27, p. e41031, set. 2019a. DOI: 10.12957/reuerj.2019.41031.





20. SILVA, Jéssica Gama da et al. Sífilis gestacional: repercussões para a puérpera. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019b. DOI: 10.5380/ce.v24i0.65578
21. SILVA, Leila Rangel da; SANTOS, Rosângela Silva. O que as mães sabem e sentem sobre a sífilis congênita: um estudo exploratório e suas implicações para a prática de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 393-401, dez. 2004.
22. SOUZA, Martha Helena Teixeira; BECK, Elisiane Quatrin. Compreendendo a sífilis congênita a partir do olhar materno. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, p. 56, 2019. DOI: 10.5902/2179769232072
23. ZOILO, Cristina Sancowich et al. Fatores maternos associados à transmissão vertical da sífilis congênita. **CuidArte, Enferm**, p. 211-217, jul/dez. 2018.



---

# O manejo de cuidados de crianças com condições crônicas de saúde: revisão de literatura

| **Lucieny Almohalha**  
UFTM

| **Thayná de Miranda Queiroz**  
UFTM

# RESUMO

**Objetivo:** Levantar e analisar as publicações científicas sobre o manejo dos cuidados exigidos por crianças com doenças e condições crônicas de saúde. **Métodos:** Foram realizadas buscas bibliográficas nas bases eletrônicas de dados: LILACS, MEDLINE, Scielo, PubMed, BVS e incluídas publicações referentes ao período de 2016 a 2020. As Palavras-chave utilizadas foram: crianças, condições crônicas de saúde, doenças crônicas, e manejo de cuidados. Houve cruzamento entre os referidos descritores. **Resultados:** Foram encontrados um total de 145 artigos, sendo 53 com o cruzamento criança AND condições crônicas de saúde, onde se selecionou 14 manuscritos; com criança AND doenças crônicas foram encontradas 77 e selecionados 15; com criança AND condições crônicas de saúde AND manejo de cuidados, entre os 3 verificados utilizou-se 1 e com criança AND doenças crônicas AND manejo de cuidados, entre 12 somente 1 permaneceu. Logo, foram incluídos 31 artigos para esta revisão. **Conclusão:** conviver com doenças ou condições crônicas de saúde trazem impactos para a vida da pessoa portadora da condição e de seus familiares. Isso exige redefinições de papéis e readaptações cotidianas, onde se torna imprescindível se considerar formas para manejar os cuidados e as demandas da vida diária. Essa revisão apresentou estudos importantes sobre a temática, mas poucos estudos apresentaram, de forma clara e objetiva, estratégias de manejo para a família com crianças com condições crônicas.

**Palavras-chave:** Criança, Doença Crônica, Condições Crônicas de Saúde, Manejo de Cuidados, Revisão.

## ■ INTRODUÇÃO

As crianças com doenças ou condições crônicas de saúde apresentam frequentemente complicações no desenvolvimento que impactarão suas vidas e de seus familiares. Em geral, as condições crônicas implicam em seguimento de dietas específicas, submissão a procedimentos dolorosos, alterações na formação corporal, adequação a procedimentos específicos de manutenção de vida (ARAÚJO *et al.*, 2011). Afetarão a dimensão existencial do indivíduo doente, envolvendo vários domínios do seu desenvolvimento e gerando limitações de atividades; poderá influenciar a sua participação social, a escolaridade, a prática esportiva, o lazer, o relacionamento com os membros da família, as relações grupais e interpessoais (ABREU *et al.*, 2015). A criança e sua família enfrentarão ainda problemas variados, como longos períodos de hospitalização, reinternações frequentes, terapêuticas muitas vezes agressivas, com sérios efeitos indesejáveis, dificuldades pela separação dos membros da família e interrupção das atividades diárias, limitações na compreensão do diagnóstico, desajustes financeiros, angústia, dor, sofrimento e o medo constante da possibilidade de morte (ABREU *et al.*, 2015; NASCIMENTO *et al.*, 2005).

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos, algumas doenças, especialmente as crônicas, promovem ainda alterações orgânicas, emocionais e sociais, que exigem constantes cuidados e adaptações tanto por parte da criança doente quanto por seus familiares (VIEIRA, LIMA, 2002). Por essas razões os cuidadores precisarão aprender a criar um cotidiano e conviver com uma realidade onde se exige um manejo diário dos cuidados com seu filho (BALTOR *et al.*, 2012; PETERSON *et al.*, 2012; VIEIRA, LIMA, 2002). Dessa forma é necessária e essencial uma rede de apoio adequada para um melhor enfrentamento destas condições (COLLET *et al.*, 2013).

O apoio da família precisará ser constante junto ao cotidiano da criança e poderá ser demonstrado no cuidado e na atenção em relação aos tratamentos exigidos ou na adequação das atividades do dia a dia. O saber lidar adquirido ao longo do tempo com o manejo das condições de saúde da criança proporcionará à família o empoderamento necessário para a realização desses cuidados cotidianos e na manutenção do equilíbrio entre todas as demandas diárias. No entanto, para que familiares e crianças construam esse saber, os profissionais de saúde devem estar disponíveis para dialogar, ouvir e apoiar, assim como para trocar informações e oferecer orientações (SANTOS *et al.*, 2011) que adequem o cotidiano conforme as demandas.

Tanto a família quanto a criança passam por processos de adaptações, tendo que elaborar estratégias de enfrentamento para administrar e lidar com as mudanças ocorridas (GUIMARÃES *et al.*, 2009). Essas alterações impõem mudanças na vida familiar (VIEIRA, 2001).



Rolland (2007) conceitua a doença crônica e descreve a importância de esclarecer o relacionamento entre a doença e o ciclo de vida familiar. Esse autor relata que a doença exige mobilização de toda a família, com criação de estratégias para lidar com as mudanças, com as novas funções necessárias de assumir, com a capacidade de resolução de problemas de cada um dos membros da família e com a habilidade de utilizar recursos extremos para lidar com a nova realidade estabelecida pela doença ou condição. Por outro lado, outras famílias apresentam grandes desafios nessa adequação.

As condições crônicas de saúde serão definidas para este estudo segundo o referencial de Rolland (2007) em três grupos: doenças de curso progressivo, de curso constante e as reincidentes. Considera como progressiva as doenças continuamente ou geralmente sintomáticas e que geralmente progridem com severidade. O indivíduo com uma doença progressiva defronta com efeitos perpetuamente sintomáticos e cuja incapacidade vai aumentando de modo gradual ou progressivo. São consideradas doenças de curso progressivo: diabetes juvenil, hipotireoidismo, síndromes convulsivas, entre outras. As doenças constantes são aquelas em que, após o evento inicial da doença, o seu se estabiliza. Foram classificadas como curso constantes as paralisias cerebrais, talassemia minor e comunicação intraventricular. E as doenças de cursos reincidentes que são aquelas com alternância de períodos estáveis e de duração variada, caracterizada por poucos ou nenhum sintoma, com períodos de exacerbação. Foram consideradas reincidentes: asma, bronquites e rinites (ROLLAND, 2007).

Para esse trabalho foram pesquisadas publicações dentro da classificação de Rolland (2007) nomeada por “doenças de curso constante” onde foram incluídas algumas condições crônicas como Paralisia Cerebral (PC), Transtorno Espectro Autista (TEA), e a Epilepsia, Já a condição de diabetes é classificada no curso progressivo das doenças.

A PC é consequência de uma agressão específica ao sistema nervoso central que pode ocorrer no período pré, peri ou pós-natal, caracterizada primordialmente por um distúrbio persistente, de caráter não progressivo, dos tônus, da postura e do movimento. Os déficits que aparecem na primeira infância são resultantes diretamente da lesão ao encéfalo e indiretamente da influência que tal lesão exerce no processo de maturação neurológica da criança (CARGNIN, MAZZITELL, 2012; DANTAS, 2010). A principal alteração presente nas crianças com PC é o comprometimento motor, com consequentes alterações na biomecânica corporal. Elas apresentam alteração dos movimentos controlados e da postura. Além disso, podem apresentar ainda distúrbios cognitivos, sensitivos, visuais e auditivos que, somados às alterações motoras, poderão gerar repercussões no desempenho funcional. O desenvolvimento motor das crianças com PC acontece em ritmo mais lento e em curso anormal comparado a crianças típicas. Em casos graves, o desenvolvimento pode ser grandemente







sustado logo em um estágio inicial. Elas podem atingir os seus marcos motores, mas o fazem mais tardiamente e independentemente do seu nível de inteligência e comportamento (LEITE, PRADO, 2012). Todos esses fatores impactam o cotidiano da criança e dos familiares exigindo demandas específicas e manejo constante do cotidiano.

O TEA é um grupo diagnóstico prevalente no contexto infanto-juvenil atual. Os sintomas apresentados por indivíduos com TEA afetam diversos aspectos da cognição e com variadas manifestações comportamentais significativas. Dados recentes mostram que atinge 3% da população geral, com prevalência de 1 a cada 36 crianças (CONSTANTINO *et al.*, 2016; LOSH *et al.*, 2009). Essas crianças necessitam de intervenções específicas intensas em decorrência da especificidade comportamental apresentada. Infere-se, portanto, que exija grande aporte familiar e manejo na vida diária.

A epilepsia é uma doença neurológica crônica grave de maior incidência no mundo (NGUGI *et al.*, 2010). Condição na qual o indivíduo além de enfrentar problemas e limitações decorrentes dos fatores orgânicos da doença, precisa lidar com o estigma e o preconceito que ainda são muito evidenciados atualmente e como consequência ainda leva ao isolamento social (NEWTON, GARCIA, 2012). Em torno de 30% dos quadros de epilepsia são refratários ao tratamento medicamentoso, o que tende a acarretar a ocorrência de crises com maior recorrência e menos previsibilidade. Ressalta-se que tal fato, além de aumentar, momentaneamente, a perda de controle, torna tais pessoas mais suscetíveis a quedas e a ocorrência de traumatismos, o que pode comprometer a sua autonomia e, portanto, gerar maior dependência de cuidados de outras pessoas (KWAN *et al.*, 2010). Entende-se que o impacto da epilepsia não é determinado apenas pelos aspectos clínicos da doença, pela frequência e gravidade das crises, mas por fatores psicológicos e sociais, bem como pela percepção das pessoas com epilepsia e de seus familiares acerca das implicações de tal doença em suas vidas. Diferentes problemas associados à epilepsia, tais como baixa autoestima e limitações para o desenvolvimento das atividades diárias, estão relacionados a aspectos individuais/particulares dessas pessoas, bem como ao contexto social e cultural em que estão inseridas (ALBURQUERQUE, SCRORZA, 2007). Pode ser inferido que muitas das pessoas com epilepsia precisam de suporte social para sua independência funcional e social.

Segundo a definição de Rolland (2007), de doenças de curso progressivo, a diabetes mellitus (DM) é uma das doenças mais comuns que ocorrem ao longo da vida, havendo, no mundo, 415 milhões de pessoas que vivem com essa condição crônica. No Brasil, o número de casos da doença entre crianças e adolescentes de 0 e 14 anos é de 30.900 indivíduos diagnosticados (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2016). A fase de vida na qual ocorre a diabetes poderá ser um fator de risco em relação à adesão ao tratamento e





para o adequado manejo da doença, interferindo assim na saúde e na qualidade de vida (MALAQUIAS *et al.*, 2016) e na independência.

Todas essas condições de saúde implicarão em mudanças no cotidiano e nas formas de manejo de tempo e de atividades e poderão impactar não somente a criança ou adolescente acometidos pela condição quanto seus familiares.

## ■ OBJETIVOS

Levantar as publicações científicas sobre o manejo e uso do tempo de pais/cuidadores de crianças e adolescentes com condições crônicas de saúde; explorar as rotinas de atividades diárias estabelecidas e as estratégias relacionadas para adequações no cotidiano familiar.

## ■ MÉTODOS

Foram realizadas buscas bibliográficas nas seguintes bases de dados eletrônicas: Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em ciência da Saúde (MEDLINE), Biblioteca virtual em saúde (BVS), Scientific Eletronic Library Online (Scielo) e PubMed.

As palavras-chaves indexadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) eleitas para a busca foram: criança, doença crônica, manejo de cuidados e condição crônica. Com cruzamentos entre: criança AND doença crônica, criança AND condição crônica, criança AND condição crônica AND manejo de cuidados, criança AND doença crônica AND manejo de cuidados.

Os artigos selecionados seguiram aos seguintes critérios de inclusão: artigos com textos disponíveis publicados nos idiomas português e inglês, indexados nas referidas bases de dados, com publicações de 2016 a 2020. Para a exclusão dos estudos, foram utilizados os mencionados critérios: dissertação e tese, idiomas deferentes da língua portuguesa brasileira e inglesa e publicados em datas diferentes do período selecionado. Foram então, encontrados 145 artigos e selecionados 38 que correspondiam aos critérios estabelecidos para a busca bibliográfica.

Os artigos selecionados foram tabelados em Word® 2007, e categorizados de acordo com a base de dados pertencente e a junção das palavras-chaves como descrito anteriormente. Os dados foram organizados nas tabelas em dez categorias: nome do artigo, autores, revista de publicação, ano de publicação, área científica do artigo, tipo de pesquisa, abordagem metodológica, sujeitos do estudo, objetivos e resultados apresentados pelo artigo. Após a tabulação dos dados, as categorias foram criadas e analisadas seguindo o





ano de publicação, a área científica do artigo, revista de publicação, sujeitos do estudo, tipo de pesquisa e abordagem metodológica.

A pergunta norteadora desta revisão se baseou em: Como pais e cuidadores realizam o manejo de tempo com crianças com doenças/condições crônicas de saúde?

## ■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados 31 artigos que se enquadravam aos critérios de inclusão, 4 deles foram publicados no ano de 2016, 10 em 2018, 6 em 2019, e 11 no ano de 2020. Esses artigos foram divulgados por 16 revistas científicas, dentro das áreas de enfermagem, saúde pública, saúde coletiva, ciências da saúde, pediatria, promoção de saúde. Todos se encontravam em duas bases de dados, a LILACS e a BVS. Os principais sujeitos de pesquisa estudados foram mães, crianças, profissionais e as próprias bases de dados com utilização de metodologias qualitativas, quantitativas e qualitativo-quantitativas. Para todas as tabelas apresentadas a seguir, os números em algarismos romanos (I, II, III e IV) representam respectivamente a ordem do cruzamento dos descritores criança AND doença crônica, criança AND condição crônica, criança AND condição crônica AND manejo de cuidados, e criança AND doença crônica AND manejo de cuidados.

A Tabela 1 apresenta as publicações encontradas segundo revista, ano e descritores. Através de sua análise é possível verificar que 24 artigos foram publicados em revistas de enfermagem, 1 em saúde pública e 1 em saúde coletiva, 3 em ciências da saúde, 1 em promoção de saúde, e 1 em pediatria. Nessa tabela ainda são verificados quantos artigos foram divulgados por ano e por descritores. Observou-se que o ano de 2020 foi o ano com maior número de publicações, totalizando 11 artigos, em 2019 foram 6 artigos, em 2018 obteve-se 10, em 2017 não foi encontrado nenhuma publicação e em 2016 foram 4 artigos selecionados. Na referida tabela ainda é possível verificar quantas publicações foram encontradas por ano e por descritor.



**Tabela 1.** Publicações por revista, ano e descritores por ano.

| Ano                                              | 2016 |    | 2018 |    |     | 2019 |    | 2020 |    |    |       |
|--------------------------------------------------|------|----|------|----|-----|------|----|------|----|----|-------|
| Revista/Descritor                                | I    | II | I    | II | III | I    | II | I    | II | IV | Total |
| Revista Enfermagem UERJ                          |      |    |      |    |     |      |    | 1    | 1  | 1  | 3     |
| Caderno de Saúde Publica                         |      |    |      |    |     |      |    |      | 1  |    | 1     |
| Revista Brasileira de Enfermagem                 |      |    |      | 1  |     |      |    |      | 1  |    | 2     |
| Revista Enfermagem UFPE online                   |      |    |      | 2  |     |      | 1  |      |    |    | 3     |
| Cogitare Enfermagem                              |      |    |      |    |     |      | 1  |      |    |    | 1     |
| Escola Anna Nery Revista Enfermagem              |      |    |      |    |     |      | 1  |      |    |    | 1     |
| Revista enfermagem do Centro Oeste Mineiro       |      | 1  | 2    |    |     |      |    |      |    |    | 3     |
| Ciência Saúde Coletiva                           |      |    |      | 1  |     |      |    |      |    |    | 1     |
| Journal of the Health Sciences Institute         |      | 1  |      |    |     |      |    |      |    |    | 1     |
| Revista de Enfermagem UFSM                       |      |    |      |    |     | 1    |    | 1    |    |    | 2     |
| Jornal de Pediatria                              |      |    |      |    | 1   |      |    |      |    |    | 1     |
| Revista Brasileira em Promoção de Saúde          |      |    |      |    |     |      |    | 1    |    |    | 1     |
| Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental |      |    |      |    |     |      |    | 1    |    |    | 1     |
| Texto & Contexto Enfermagem                      |      |    |      | 2  |     |      | 2  |      | 2  |    | 6     |
| Revista Gaúcha de Enfermagem                     |      |    | 1    |    |     |      |    |      |    |    | 1     |
| Ciência Cuidado e Saúde                          | 1    | 1  |      |    |     |      |    |      | 1  |    | 3     |
| Total                                            | 1    | 3  | 3    | 6  | 1   | 1    | 5  | 4    | 6  | 1  | 31    |

Fonte: Elaborada pelos autores seguindo os dados da pesquisa, 2021.

Foi verificado que na BVS foram publicados 16 artigos sendo 3 no ano de 2016, 4 em 2018, 3 em 2019 e 4 no ano de 2020 ambos nos descritores criança AND condição crônica. Também foi encontrado 1 artigo em 2018 com o descritor criança AND doença crônica AND manejo de cuidados, e 1 artigo em 2020 no descritor criança AND condição crônica AND manejo de cuidados. Na base de LILACS foram encontrados 15 artigos sendo 1 artigo em 2016, 5 em 2018, 3 em 2019 e 6 artigos em 2020, todos via descritor criança AND doença crônica. No ano de 2017 não houve publicação.

A tabela 2 apresenta os diferentes tipos de pesquisa realizadas, as abordagens metodológicas utilizadas para coleta de dados e profissionais que publicaram na temática de manejo de cuidados no período investigado nessa revisão. Observou-se que dentre todos os artigos selecionados para essa revisão, 27 deles utilizaram a metodologia do tipo qualitativo, 2 usaram pesquisa qualitativa e dois metodologias qualitativo-quantitativa. As principais formas usadas para coleta dos dados nas referidas metodologias, foi através de entrevistas semiestruturadas, análises de prontuários médicos, uso de testes/instrumentos padronizados e busca em base de dados indexadas. Usando a entrevista semiestruturada foram selecionados 22 artigos, buscas em prontuário médico e uso de testes padronizados obteve-se 4 artigos em cada uma dessas metodologias e pôr fim a busca de dados em plataformas de bases científicas foi encontrado apenas 1 artigo. Com relação aos profissionais que publicaram sobre a referida temática no período pesquisado, verificou-se que 26 artigos foram publicados por profissionais da enfermagem, 2 por profissionais médicos e 3 por profissionais



da área da saúde pública. Na tabela 2 ainda é possível verificar esses dados segundo cada descritor e seus cruzamentos.

**Tabela 2.** Tipos de pesquisa por descritor, abordagem metodológica e profissionais que publicaram.

| Variável pesquisada           | Descritor |    |     |    | Total<br>(n=31) |
|-------------------------------|-----------|----|-----|----|-----------------|
|                               | I         | II | III | IV |                 |
| Tipos de pesquisa             |           |    |     |    |                 |
| Qualitativo                   | 15        | 10 | 1   | 1  | 27              |
| Quantitativo                  |           | 2  |     |    | 2               |
| Qualitativo/Quantitativo      |           | 2  |     |    | 2               |
| Abordagem metodológica        |           |    |     |    |                 |
| Entrevista semiestruturada    | 13        | 8  |     | 1  | 22              |
| Prontuário médico             | 1         | 2  | 1   |    | 4               |
| Teste/Instrumento             |           | 4  |     |    | 4               |
| Base de Dados                 |           | 1  |     |    | 1               |
| Publicações por profissionais |           |    |     |    |                 |
| Enfermagem                    | 14        | 11 |     | 1  | 26              |
| Medicina                      |           | 1  | 1   |    | 2               |
| Saúde Pública                 | 1         | 2  |     |    | 3               |

**Fonte:** Elaborada pelos autores seguindo os dados da pesquisa, 2021.

A tabela 3 apresenta quais foram os sujeitos mais pesquisados nos estudos encontrados e incluídos nessa revisão. Observou-se que entre todos os artigos, em 14 deles os sujeitos de pesquisa foram mãe/cuidadores, sendo 11 artigos no descritor criança AND doença crônica e 3 artigos no descritor criança AND condição crônica. Em seguida verifica-se que os sujeitos foram os próprios profissionais que assistem crianças com condições crônicas, com 9 artigos, sendo 4 no descritor criança AND doença crônica e 5 na criança AND condição crônica. Três dos artigos incluíram as crianças com tais condições, sendo um com cada cruzamento dos descritores criança AND condição crônica, criança AND doença crônica AND manejo de cuidados, e crianças AND condição crônica AND manejo de cuidados. Como sujeitos de pesquisa, bases de dados e mães/profissionais, encontrou-se dois artigos em cada categoria e no descritor criança AND condição crônica. Por fim, um artigo foi encontrado com ambos mãe e criança como sujeitos de pesquisa.

**Tabela 3.** Sujeitos da Pesquisa por descritor.

| Sujeitos da pesquisa | I  | II | III | IV | Total |
|----------------------|----|----|-----|----|-------|
| Mães/Cuidadores      | 11 | 3  |     |    | 14    |
| Crianças             |    | 1  | 1   | 1  | 3     |
| Profissionais        | 4  | 5  |     |    | 9     |
| Base de Dados        |    | 2  |     |    | 2     |
| Mãe/Profissionais    |    | 2  |     |    | 2     |
| Mãe e criança        |    | 1  |     |    | 1     |

**Fonte:** Uberaba, 2021.





O desconhecimento de uma determinada doença e das demandas advindas dessa doença impedem que a família busque recursos para se reorganizar frente as exigências da situação. No entanto, ao se deparar com os primeiros sintomas da doença e com a necessidade de adequação do cotidiano, a família passará a perceber que há necessidade de modificar o dia a dia para lidar com tais demandas. Com isso o profissional da saúde terá um papel fundamental no oferecimento de suporte para essas famílias, para ajudá-las no manejo adequado com a situação da criança e com a reorganização do dia a dia da família. Segundo essa revisão bibliográfica, os profissionais da enfermagem foram os que mais abordaram essa temática em publicações científicas no referido período pesquisado entre os anos de 2016 e 2020. Essa ideia foi verificada em um dos artigos selecionados nessa busca bibliográfica, que exemplifica a temática problematizada na revisão, que é o artigo “Experiência da família no manejo da criança com anemia falciforme: implicações para o cuidado” (MIRANDA *et al.*, 2020). Nele pode ser verificado que as famílias de crianças com anemia falciforme permaneciam em constante vigilância da criança e ofereciam grande proteção a ela, tinham ainda que enfrentar desafios com as condições dessa criança, o desconhecimento de grande parte dos profissionais sobre a doença, as lacunas na rede de atenção e a falta de informação disponíveis. Todas essas situações marcaram profundamente essas famílias e fizeram com que elas tivessem que redefinir toda a dinâmica familiar. Essa adequação foi necessária em decorrência dos cuidados exigidos pela criança com tal condição crônica de saúde. A ideia desse estudo vem de encontro aos resultados dessa pesquisa de revisão bibliográfica.

Os profissionais de saúde devem, como uma das estratégias de ação, orientar e incentivar as mães/cuidadores para serem mais empoderadas de conhecimento teórico e prático e assim torná-las o mais independente possível dentro de seus próprios limites para os cuidados e seus manejos. Devem esclarecer e auxiliá-las quanto aos manejos adequados das demandas da criança, da casa e suas próprias. Essas orientações devem ser capazes de promover também o bem-estar do cuidador (QUEIROZ *et al.* 2018).

Como foi mostrado pelo artigo “Avaliação da coordenação do cuidado: crianças e adolescentes com condição crônica de infecção pelo HIV” (PAULA *et al.*, 2020) a possível relação existente entre o perfil profissional e o tipo de vínculo estatutário com a qualidade do serviço oferecido a população de cuidadores de crianças com HIV. E foi verificado que existe uma correlação positiva desses fatores aos componentes de integração de cuidados. As evidências apontaram que a qualificação dos profissionais pode auxiliar no diagnóstico e nas condutas terapêuticas e reduzir o número de encaminhamentos aos serviços de média complexidade, o que foi considerado um ponto positivo no manejo de cuidados. No entanto, foi evidenciado e inferido que, possivelmente, a ausência de especialização pode ter contribuído para





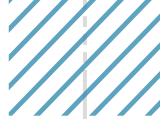
uma avaliação pouco crítica da qualidade dos serviços de saúde e seu impacto, mesmo que indireto, em como se maneja cuidados em saúde. Outro artigo menciona a importância de formação específica para uma determinada área de cuidado, pois assim estarão mais aptos a auxiliar os cuidadores no processo de manejo de cuidados. Esse artigo é intitulado “Cuidados paliativos pediátricos: necessidades e formativas e estratégias de *coping* dos profissionais de saúde” (PAIXÃO *et al.*, 2020). Nele, é admitido pelos próprios profissionais, a importância da formação em cuidados paliativos pediátricos específicos.

Como pode ser verificado pelo sumário dessa pesquisa de revisão, dentre todos os profissionais que publicaram sobre a temática, os enfermeiros foram principais autores do referido período pesquisado. A maioria dos manuscritos mostrou a capacidade de gerenciamento para o cuidado em saúde de indivíduos com alguma condição crônica. Suas atuações também foram evidenciadas como mediadores da relação entre o médico, os membros da equipe de saúde e os usuários dos serviços. Essas relações são importantes para manejos de cuidados. Tal situação foi pesquisada e apresentada no artigo “Enfermeiro como integrador na gestão do cuidado à criança com condição crônica” (MORORÓ *et al.*, 2020) que mostrou o enfermeiro como sendo o profissional que tem o perfil assistencial para o gerenciamento em saúde. No entanto, o próprio profissional de enfermagem, relatou nessa pesquisa a necessidade de uma maior capacitação para gerenciamento em saúde, ainda relataram que existe dificuldades em articular as dimensões da gestão e do cuidado, visto que a atuação do enfermeiro está sob a expectativa da equipe e da dinâmica da unidade que atribui responsabilidades para além da gestão do cuidado, atribuindo-lhe o papel de “administradora” de tudo o que envolve os pacientes.

Outro ponto relevante mostrado na síntese dessa pesquisa de revisão bibliográfica, foi relacionado a relação entre vulnerabilidade social e o manejo de cuidados em especial quando existe a necessidade da continuidade do cuidado no domicílio. O artigo intitulado “Governança e suporte da rede social secundária na atenção à saúde de crianças e adolescentes com doenças crônicas” (NÓBREGA *et al.*, 2018), é um exemplo de publicação que menciona essa relação. A situação de vulnerabilidade social de grande parte da população que frequenta os serviços públicos de saúde no Brasil, é evidenciada pela falta de recursos, de transporte e de materiais necessários para o tratamento, dificultando a prática assistencial dos profissionais e a continuidade do cuidado no domicílio. No artigo de Nóbrega e colaboradores (2018), é evidenciado que o sistema de governança encontrado na atenção à saúde de crianças e adolescentes com doenças crônicas é considerado um sistema colaborativo, mas existe uma rede de suporte enfraquecida que repercute no suporte oferecido à família e na cooperação entre os serviços. Essa realidade pode impactar negativamente na qualidade e eficácia da assistência prestada às crianças e adolescentes em condições







crônicas, uma vez que não atende às reais necessidades dessa população e irá dificultar o manejo dos cuidados em saúde.

A implantação das linhas de cuidado é uma grande conquista da atual política nacional de saúde, porém na área da saúde da criança/adolescente há carência de procedimentos específicos para o encaminhamento e tratamento de doenças crônicas. Ainda prevalece o foco nas situações agudas em detrimento às condições crônicas, logo pode ser inferido que isso gera impactos no manejo dos cuidados para condições crônicas. Isso é claramente mencionado no artigo “Dinâmica familiar de criança com a síndrome congênita do Zika vírus no Município de Petrolina, Pernambuco, Brasil” (ARAÚJO *et al.*, 2020). Nele são evidenciadas questões que podem ser consideradas fundamentais como suporte para as famílias gerenciarem o cuidado de seus filhos que foram comprometidos pela condição da infecção pelo Zika vírus. Algumas dessas questões foram relacionadas aos aspectos financeiros que poderiam contribuir para melhor desenvolvimento da criança como por exemplo a concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) para ser utilizado na compra de medicamentos e na aquisição de brinquedos para estimulação sensorial e motora das crianças. Especialmente nas famílias que não são beneficiárias de ajuda financeira do Estado, foram fatores financeiros como os principais que dificultam o cotidiano delas com suas crianças, fazendo com que os membros da família busquem algum incremento na renda para suprir as necessidades mínimas da criança. Logo, a condição financeira impactará diretamente o manejo e a manutenção dos cuidados.

A revisão desenvolvida mostra também a ausência do apoio efetivo da rede social, seja por parte de instituições estatais ou da impossibilidade de apoio da rede familiar, e como essa ausência dificulta no cuidado diário da criança com condição crônica. Consequentemente, fortalecer a rede social dessas famílias é um importante fator a ser levado em consideração para que se garantam melhores condições de vida para as crianças e suas respectivas famílias.

A falta de coordenação do cuidado é um dos principais problemas dos sistemas de saúde fragmentados e atinge sobremaneira crianças e adolescentes com doenças crônicas. O artigo “Coordenação do cuidado na atenção à saúde da criança/adolescente em condição crônica de saúde” (VAZ *et al.*, 2018) teve como objetivo analisar a coordenação do cuidado à criança e adolescente em condição crônica. Foi verificado que os principais pontos de incoordenação foram: falta de comunicação entre a APS e os serviços especializados, falta de continuidade da assistência, e falta de um ponto de atenção identificável e com responsabilidade coordenadora na perspectiva dos usuários e suas famílias. Foi apresentado que é um processo complexo, mas que precisa preconizar e garantir a continuidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção. Isso pressupõem, a necessidade de uma reorganização da atenção à saúde centrada na criança/adolescente doente ou na família. A grande prerrogativa





deve ser centrada na continuidade das ações de saúde, na integração e aprimoramento das ações e serviços, garantindo ainda a qualidade da assistência ancorada no princípio da integralidade. Portanto, o provedor de saúde deve ser capaz de integrar todos os cuidados que o usuário recebe por meio da coordenação entre os serviços. Possuir uma rede social de apoio contribui e auxilia os cuidadores na assistência continuada as demandas de seu filho com condição crônica de saúde. Essa rede de apoio por ser composta por familiares, amigos, vizinhos, instituições e profissionais de saúde. Cada qual cooperando de formas diversas desde oferecimento de bens materiais, como alimentação e roupa a família, bem como suporte emocional, conforto, motivação e auxiliam com tarefas domésticas e cuidados com os outros filhos. Todos esses mecanismos podem auxiliar no manejo dos cuidados.

O cuidador de uma criança com condição crônica de saúde enfrenta um processo de cuidado permeado por uma trajetória de enfrentamentos, mudanças, conflitos, impactos, preocupações, insegurança e medo, e ainda permeado por desafios inerentes ao adoecimento e ao assujeitamento aos serviços de saúde durante o trajeto do diagnóstico e tratamento. Isso pode ser verificado em muitos dos estudos incluídos nessa revisão de literatura. Geralmente, a sobrecarga de cuidados, seja físico ou emocional acarretam problemas de saúde ao cuidador, como depressão, problemas físicos, cansaço, alterações na rotina de sono, mudanças nas funções e papéis sociais. Muitas dessas questões são abordadas no artigo “A criança com encefalopatia crônica não progressiva: impacto da doença para o cuidador” (GERMANO *et al.*, 2021), que teve como objetivo conhecer a percepção do cuidador primário quanto a doença e ao cuidado de crianças com encefalopatia crônica progressiva. Esse artigo apontou que o cuidador primário passa por fases críticas para adequação do manejo de cuidados, desde quando houve o diagnóstico até por um período extensivo. Essa fase crítica perdurava por todo o processo de cuidados e trazia receios em relação ao prognóstico clínico, a aceitação social, a escolarização, o mercado de trabalho e até a morte. Logo, o processo de manejo de cuidados se tornou perpetuado por toda a vida da criança com a referida condição.

Muitas vezes os cuidadores precisarão administrar uma reordenação de cotidiano quando por exemplo, seu filho é hospitalizado. Isso faz com que ele adeque a forma do cuidar com a rotina hospitalar e com todas outras demandas de sua vida, como hospitalização e seu trabalho, os outros filhos, os serviços domésticos, entre outras tarefas. Isso pode ser desafiador para muitos cuidadores e foi relatado no artigo “Significado da maternidade frente às hospitalizações de filhos com doenças crônicas” (ANGOTE *et al.*, 2019). Este estudo teve como objetivo descrever os significados da experiência da maternidade frente as hospitalizações do filho com doença crônica. Mostrou que durante essa experiência trouxe a vivência da ambivalência de sentimentos, incertezas da maternidade diante do





filho hospitalizado com doença crônica e mudanças necessárias realizadas na rotina familiar frente à hospitalização do filho com doença crônica. A maternidade diante da doença crônica e da hospitalização modificou bruscamente o cotidiano da mãe cuidadora e de sua habilidade no manejo de cuidados.

Segundo a literatura, conviver com restrições alimentares, remédios, mudanças no brincar, interrupções das atividades diárias e escolares e o temor quanto à infecção, progressão da doença e morte faz com que a criança/adolescente apresente sentimento de tristeza, irritabilidade, ansiedade e insegurança (GOMES, 2016) e isso coloca a necessidade de um cuidado especial e um manejo de tantas demandas advindas dessa especificidade comportamental das crianças sobre seus cuidadores. Esses precisarão buscar um equilíbrio entre tantas demandas e todas as demais necessidades diárias. Todos esses sintomas físicos e emocionais influenciam no dia a dia da criança/adolescente, alteram sua rotina, seu humor, seus relacionamentos e seu convívio social. Hábitos como ir à escola, costumes alimentares e relacionamentos com amigos são comprometidos pela ocorrência dos sintomas. No artigo “Convivendo com múltiplos sintomas: a experiência de crianças e adolescentes com condição crônica” (SILVA *et al.*, 2020), pode ser identificado que conviver com os sintomas crônicos gera sofrimento e diversas limitações à vida da criança/adolescente além de gerar mudanças frequentes nas suas rotinas. Isso trará consequências para toda a rotina familiar.

A literatura tem mostrado que é importante realizar orientações sobre tudo o que envolve o manejo e o enfrentamento das doenças/condições crônicas de saúde inclusive para que sejam firmados pactos de como manter a condição ou doença sob controle. Para identificar as demandas educativas, é necessário que o profissional de saúde proponha estratégias que possibilitem o reconhecimento do cuidador familiar e o consequente compartilhamento de saberes. No artigo “Processo educativo com familiares de crianças com necessidades especiais de saúde na transição hospital-casa” (PRECCE, MORAIS, 2020) foi analisado o processo de diálogo educativo como estratégia de preparo dos familiares de crianças com necessidades especiais de saúde na transição do hospital para casa. E foi verificado que o processo educativo permitiu que os familiares desvelassem demandas de cuidados tecnológicos e medicamentosos, modificações dos hábitos, manejo de cuidados clinicamente complexos e que existiam demandas sociais que poderiam ser manejadas de forma educativa e que isso facilitaria o processo de transição. Da análise dos resultados, emergiu uma categoria sobre o processo educativo como estratégia de preparo dos familiares de crianças com necessidades especiais de saúde na transição do hospital para casa. Quando a transição do hospital para o domicílio não é adequada, o familiar fica despreparado e poderá ter maiores dificuldades no manejo de cuidados. As dificuldades e vivências negativas levam as famílias





a não conseguirem manejar todas as demandas advindas da condição da criança com o cotidiano familiar. Logo, se faz necessário a implementação de estratégias educacionais.

## ■ CONCLUSÃO

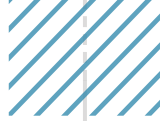
As doenças ou condições crônicas de saúde exigem muitas vezes adequações a procedimentos específicos de manutenção de vida e podem afetar a dimensão existencial do indivíduo doente e de seus familiares. Influencia os diversos domínios do desenvolvimento, gera limitações na participação social e no relacionamento com os membros da família, nas relações grupais e interpessoais. Com tantas demandas, as famílias buscam se adaptar à essa nova realidade e reorganizar se para enfrentar a experiência de viver e conviver com a doença crônica. Isso exigirá a necessidade de adaptações e redefinições de papéis com fins de reconstruir a identidade como grupo familiar. A busca de adaptações e redefinições de papéis faz-se necessária e os estudos mostram a complexidade destas alterações, pois, neste momento, com a nova realidade de conviver com a doença crônica, a família precisa ressignificar sua identidade como grupo familiar.

A partir da busca realizada em periódicos indexados e a obtenção dos resultados, observou-se carência de publicações referentes ao trabalho do profissional da terapia ocupacional, uma vez que esse os preceitos dessa profissão estão relacionados ao manejo e facilitação de cuidados pois trabalha com organização de rotina nas atividades de vida diária, cuidados com o ambiente, segurança, orientação temporal. Embora essa revisão de literatura tenha incluído diversos artigos da temática, poucos realmente citaram de forma clara e objetiva, possíveis estratégias de manejo para a família com as crianças com condições crônicas.

## ■ REFERÊNCIAS

1. ABREU I. S, NASCIMENTO L. C, LIMA R. A. G, SANTOS C. B. **Crianças e adolescentes com insuficiência renal em hemodiálise: percepção dos profissionais.** Rev Bras Enferm. 2015.
2. ALBUQUERQUE M, SCORZA F. A. **Atividade profissional e qualidade de vida em pessoas com epilepsia. Epilepsia e Qualidade de Vida.** São Paulo: Alaúde; 2007.
3. ANGOTE, AC; SILVA, MPC; FERREIRA, DO; GOULART, BF; AMARAL, JB; CONTIM, D. **Significado da maternidade frente às hospitalizações de filhos com doenças crônicas.** Revista de enfermagem UFSM. Santa Maria, v. 9, e67, p. 1-14, 2019.
4. ARAÚJO, AS; SÁ, G; GALINDO, CC; DANTAS, RS; MOURA, JC. **Dinâmica familiar de criança com a síndrome congênita do Zika vírus no Município de Petrolina, Pernambuco, Brasil.** Caderno de saúde pública. v.36(2). 2020.



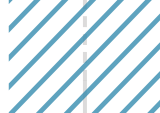


5. ARAÚJO Y. B, COLLET N, GOMES I. P, NÓBREGA R. D. **Enfrentamento do adolescente em condição crônica: importância da rede social.** Rev Bras Enferm. 2011. Mar-Abr.
6. BALTOR M. R. R, RODRIGUES J. S. M, MOURA K. R, BORGES A. A, DUPAS G, WERNET M. **Autonomia da família e a relação com os profissionais de saúde.** Cienc Cuid Saude. 2012;11(1):44-50.
7. CARGNIN, A. P. M.; MAZZITELLI, C. **Proposta de tratamento fisioterapêutico para crianças portadoras de paralisia cerebral espástica, com ênfase nas alterações musculoesqueléticas.** Rev. Neurociências, v.11, n.1, p.34-39, 2012.
8. COLLET N, OLIVEIRA B. R. G, REICHERT A. P. S, ARAÚJO Y. B. **Fragilidade da rede social de famílias de crianças com doença crônica.** Rev Bras Enferm. 2013;66(5):675-81.
9. CONSTANTINO, J. N., CHARMAN, T. **Diagnosis of Autism Spectrum Disorder: reconciling the syndrome, its diverse origins, and variation-in-expression.** *The Lancet Neurology*, 2016; 15, 3, 279-91.
10. DANTAS, M. **Impacto do diagnóstico de paralisia cerebral para a família.** Texto & Contexto Enferm, Florianópolis, v.19, n.2, p.229-237, Abr-Jun, 2010.
11. FERNANDES, LTB; NÓBREGA, VM; SALES, MLXF; REICHERT, APS; MOURA, FM; COLLET, N. **Ações De Auto-Cuidado Apoiadas Para Crianças E Adolescentes Com Doenças Crônicas.** Texto e contexto – Enfermagem. 2019.
12. GUIMARÃES T. M. R, MIRANDA W. L, TAVARES M. F. **O cotidiano das famílias de crianças e adolescentes portadores de anemia falciforme.** Ver bras hematol hemater, v. 31, n 1, p. 9-14. 2009.
13. GERMANO, EA; LIMA, EPM; GIRÃO, MVD; RIBEIRO, MDA; RIBEIRO, MDA. **A criança com encefalopatia crônica não progressiva: impacto da doença para o cuidador.** Revista brasileira de promoção de saúde. v. 34. 2021.
14. INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas.** Brussels: IDF; 2016. Disponível em: <http://www.diabetesatlas.org>.
15. KWAN P, ARZIMANOGLOU A, BERG A. T, BRODIE M. J, HAUSER W. A, MATHERN G, et al. **Definition of drug resistant epilepsy: Consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies.** Epilepsia. 2010.
16. LEITE, J. M. S.; PRADO, G. F. **Paralisia Cerebral - aspectos fisioterapêuticos e clínicos.** Rev. Neurociências, p.41-45, 2012.
17. LOSH, M., ADOLPHS, R., POE, M. D., COUTURE, S., PENN, D., BARANEK, G. T., PIVEN, J. **Neuropsychological profile of autism and the broad autism phenotype.** *Archives Gen Psychiatry.* 66 (5), 518-26. 2009.
18. MALAQUIAS T. S. M, MARQUES C. D. C, FARIA A. C. P, PUPULIM J. S. L, MARCON S. S, HIGARASHI I. H. **The division of the care of the child or adolescent with type I diabetes with the family.** Cogitare Enferm. 2016;21(1):1-7.
19. MIRANDA FR; IVO ML; TESTON EF; LINO IGT; MANDETTA MA; MARCHETI MA. **Experiência da família no manejo da criança com anemia falciforme: implicações para o cuidado.** Revista de Enfermagem UEFRJ. Vol. 28. Nov. 2020.



20. MORAES J. R. M. M, CABRAL I. E. **A rede social de crianças com necessidades especiais de saúde na (in)visibilidade do cuidado de enfermagem.** Rev Latinoam. Enferm. v20(2). 2012.
21. MORORÓ, DDS; MENEZES, RMP; QUEIROZ, AAR; SILVA, CJA; PEREIRA, WC. **Enfermeira como integradora na gestão da saúde da criança em condição crônica.** Revista Brasileira Enfermagem. v. 73, n. 3, 2020.
22. NASCIMENTO L. C, ROCHA S. M. M., HAYES V. H, LIMA R. A. G. **Crianças com câncer e suas famílias.** Ver Esc Enferm USP. Dez; p. 49-74. 2005
23. NEWTON C. R, GARCIA H. H. **Epilepsy in poor regions of the world.** Lancet Neurol. 2012.
24. NGUGI A. K, BOTTOMLEY C, KLEINSCHMIDT I, SANDER J. W, NEWTON C. R. **Estimation of the burden of active and life-time epilepsy: A mete-analytic approach.** Epilepsia. 2010.
25. NÓBREGA, VM; SOUZA, HN; SANTOS, MM; SILVA, EA; COLLET, N. **Governança e suporte da rede social secundária na atenção à saúde de crianças e adolescentes com doenças crônicas.** Ciência e saúde coletiva. v.23 (10) out, 2018.
26. PAULA, CC; KLEINUBING, RE; BICK, MA; FERREIRA, T; LANGENDORF, TF; PADOIN, SMM. **Avaliação da coordenação do cuidado: crianças e adolescentes com condição crônica de infecção pelo HIV.** Ciência cuidado da saúde. Vol. 19. 2020.
27. PAIXAO, S; APARÍCIO, G; DUARTE, J; MAIA, L. **Cuidados paliativos pediátricos: Necessidades formativas e estratégias de coping dos profissionais de saúde.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, p. 50-56, out. 2020.
28. PETERSON Carmichael, CHEIFETZ I. M. **The chronically critically ill patient: pediatric considerations.** Respiratory Care. 2012. Junho.
29. PRECCE, ML; MORAES, JRMM. **Processo Educativo Com Parentes De Crianças Com Necessidades Especiais De Saúde Na Transição Hospital-Lar.** Texto e contexto – Enfermagem. v. 29. Dez. 2020.
30. ROLLAND J. S. **Doença crônica e o ciclo de vida familiar.** In: Carter B, Mc Goldrick M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. 3º ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2007. 373-92.
31. SANTOS M. A, ALVES R. C. P, OLIVEIRA V. A, RIBAS C. R. P, TEIXEIRA, C. R. S, ZANETTI, M. L. **Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento.** Rev Esc Enferm USP. 2011 Junho.
32. SILVA, VE; NUNES, MDR; MACEDO, IF; POSSI, JCS; RODRIGUES, FMS; PACHECO, STA. **Convivendo com múltiplos sintomas: a experiência de crianças e adolescentes com condição crônica.** Revista enfermagem UERJ v. 28 .2020.
33. VAZ, EMC, COLLET, N; CURSINO, EM. FORTE, FDS; MAALHÃES, RKBP; REICHERT, APS. **Coordenação do cuidado na atenção à saúde da criança / adolescente em condição crônica.** Revista Brasileira de enfermagem. v. 71. 2018.
34. VIEIRA M. A, LIMA R. A. G. **Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças.** Lationoam enferm. 2002 Julho/Agosto.





35. VIEIRA M. A. **Doença crônica: vivências de crianças e adolescentes**. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo; 2001.
36. QUEIROZ D, BRITO C, MAGALHÃES M, PEREIRA E, PERES T. **Prevalência de lombalgia e incapacidade funcional em cuidadores de crianças e adolescentes com paralisia cerebral**. Rev Inspirar Mov Saúde.15(1). 2018.
37. WOLKERS, PC; PINA, JC; WERNET, M; FURTADO, MCC; MELLO, DF. **Crianças Com Diabetes Mellitus Tipo 1: Vulnerabilidade, Cuidados E Acesso À Saúde**. Texto e contexto – Enfermagem. v.28. 2019.





---

# O papel do enfermeiro nas consultas de puericultura

| **Eduarda Luiza Rosanelli**  
FSG

| **Rossano Sartori Dal Molin**  
FSG

# RESUMO

**Objetivo:** Identificar o papel do enfermeiro e o diferencial na consulta de puericultura.

**Métodos:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, a coleta de dados foi realizada nas bases de dados do sítio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO) através dos Palavras-chave: atenção primária à saúde, cuidado da criança, papel do profissional de enfermagem, sendo incluídos artigos apenas dos últimos seis anos. **Resultados:** No total foram identificados 2.844 artigos, sendo elencados como relevantes para serem analisados na presente revisão, cinco. Somente 3 artigos avaliaram o diferencial do enfermeiro nas consultas de puericultura, ambos obtiveram resultados positivos relacionados a comunicação, ao vínculo e a integralidade do cuidado a criança. **Considerações finais:** A comunicação e o vínculo do enfermeiro com a mãe estão totalmente vinculados ao cuidado da criança pois tendo uma comunicação e um vínculo eficazes podemos garantir um atendimento contínuo integral e de qualidade, às necessidades de saúde da criança e aos anseios de sua família.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Cuidado da Criança, Papel do Profissional de Enfermagem.

## ■ INTRODUÇÃO

A consulta de puericultura consiste em um conjunto de normas e noções sobre a arte de cuidar fisiológica e higienicamente de crianças. Recentemente denominada de Pediatria Preventiva, a puericultura tem por objetivo a criança sadia visando um adulto saudável. Portanto, a enfermagem deve contar com referenciais teóricos específicos da profissão para elevar informação sobre a evolução do crescimento e desenvolvimento, visando à prestação de assistência individualizada e priorização do bem-estar da criança, de acordo com as condições de vida de sua família e da sociedade onde está inserida (OLIVEIRA FFS *et al.*, 2013).

A puericultura visa monitorar o crescimento e o desenvolvimento, orientar sobre prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária, avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor, identificar dúvidas e dificuldades da mãe e demais familiares, buscando esclarecê-las, observar a cobertura vacinal, estimular a prática do aleitamento materno, orientar a introdução da alimentação complementar e prevenir as doenças que mais acometem as crianças no primeiro ano de vida, como diarreias e infecções respiratórias (GUBERT FDA *et al.*, 2015).

O cuidado à saúde do recém-nascido (RN) é de fundamental importância para a redução da mortalidade infantil, que ainda é elevada no Brasil, bem como para a promoção de uma melhor qualidade de vida e redução das desigualdades em saúde (BRASIL, 2014).

No momento neonatal, período de grande vulnerabilidade na vida, os riscos concentram-se em biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, exigindo necessidade de cuidados especiais, com atuação adequada, integral e qualificada de proteção social e de saúde, direitos reconhecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 2014).

O enfermeiro da atenção básica a saúde desempenha sua prática em diversas áreas, tais como: assistência de enfermagem individual, ações educativas, coordenação de cargos técnicos, ações relativas ao gerenciamento da equipe de enfermagem, participação com a equipe de saúde no planejamento, coordenação e avaliação das ações em saúde, promove ações educativas com a população intermitentes as consultas, realiza consultas de enfermagem, visitas a domicílio e trabalhos de grupo, planejando a autonomia individual em relação à prevenção, promoção e reabilitação de saúde e supervisiona a equipe multidisciplinar (ALMEIDA MC e LOPES MBL, 2019).

O presente estudo justificou-se pela relevância do tema, considerando a extrema importância de pesquisar sobre o papel do enfermeiro nas consultas de puericultura que conforme o Decreto Federal nº 94.406/1987 regulamenta o exercício profissional. O tema acima mencionado propõe-se a forma ideal de realização de consulta de puericultura, considerando o risco de vulnerabilidade e mortalidade infantil.

Desse modo, o objetivo desta revisão é identificar o papel do enfermeiro e o diferencial na consulta de puericultura.

## ■ MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura a respeito do papel do enfermeiro nas consultas de puericultura.

Este método de pesquisa permitiu a síntese de múltiplos estudos publicados e permitiu conclusões gerais sobre uma determinada área de estudo. Foi um método valioso para a enfermagem, pois muitas vezes os profissionais não dispõem de tempo para ler todo o conhecimento científico disponível devido ao grande volume, além da dificuldade em realizar análises críticas dos estudos (MENDES KDS, 2008).

Para realizar a seleção dos artigos do estudo foi utilizada a seguinte pergunta norteadora: “Qual o diferencial do enfermeiro nas consultas de puericultura?”. A coleta de dados foi realizada em duas bases de dados importantes do sítio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Scientific Eletronic Library Online (SCIELO). Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para a busca dos artigos foram: atenção primária à saúde, cuidado da criança, papel do profissional de enfermagem.

Os estudos incluídos na abrangente revisão integrativa obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: artigos que abordassem a temática e respondessem à questão norteadora do estudo, redigidos em português, resultantes de pesquisa original, disponíveis gratuitamente online, publicados de 2015 a 2021. Foram excluídos da pesquisa indisponibilidade de textos completos, textos repetidos e já inclusos, fuga do tema, artigos de revisão e língua estrangeira.

A avaliação dos dados foi realizada por meio de leitura criteriosa dos artigos, utilizando o julgamento crítico, extraíndo as informações e registrando-as em um instrumento de coleta previamente elaborado contendo os seguintes itens: dados de identificação do artigo, objetivo/questão norteadora, método, resultados, conclusões e observações. Esta metodologia facilitou a identificação dos estudos mais relevantes e realmente relacionados com a questão norteadora.

Na etapa de análise e interpretação dos dados, as informações foram expressas e sintetizadas e os dados foram apresentados por meio de um quadro para exibir a síntese e a comparação dos dados. O quadro ajudou a fazer observações explicativas para responder à questão norteadora do estudo e colaborar com o resultado final da pesquisa.

O presente estudo, por se tratar de uma revisão da literatura, não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo assim, o estudo respeitou todos os aspectos éticos conforme conceitos e definições dos autores pesquisados.



## ■ RESULTADOS

Inicialmente utilizou a base de dados SCIELO para coleta dos artigos, sendo utilizado os descritores cuidado da criança e atenção primária a saúde com o operador boleano AND, encontrando 73 artigos. Em seguida aplicou-se o critério de inclusão de artigos no idioma em português, nos anos de 2015 a 2021 e texto completo, selecionando 54 artigos. Após foram excluídos artigos de revisão de literatura, restando 48 artigos, os quais foram analisados através da leitura na íntegra e extração das informações para preenchimento do instrumento de coleta, confirmando assim a pertinência dos estudos à resposta do problema de pesquisa, sendo que 47 fugiram da temática, restando ao final 1 artigo selecionado para a revisão.

Na base de dados BVS, utilizou-se os mesmos descritores, realizando o cruzamento deles e encontrando 2.771 artigos. Após aplicar o critério de artigos no idioma em português, inclusão de publicação nos últimos seis anos e texto completo foram identificados 541 artigos. Em seguida foram excluídos artigos de revisão de literatura, restando 531 artigos. Estes foram lidos na íntegra, sendo que 527 fugiram da temática. Sendo assim, 4 artigos foram selecionados nesta base de dados.

No total foram localizados 2.844, sendo 2.839 reprovados após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, bem como da leitura e análise dos textos na íntegra. Portanto, foram elencados como relevantes para serem analisados na presente revisão 5 artigos (**Figura 1**).

**Figura 1.** Fluxograma de seleção dos artigos para Revisão Integrativa.



Fonte: Rosanelli EL e Molin RSD, 2021.





Nesta revisão integrativa, foram analisados 5 artigos científicos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Os seguintes dados apresentam o sumário das características dos estudos incluídos e seus principais resultados (**Quadro 1**).

**Quadro 1.** Apresentação da síntese das características dos estudos incluídos na presente Revisão Integrativa.

| Base de dados | Título                                                                                      | Autores                                       | Periódico (nome, local)                                     | Objetivo                                                                                                                                                                                 | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Conclusões                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SCIELO        | Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros | REICHERT APDS et al., 2016.                   | Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Brasil.           | Identificar se existe vínculo entre enfermeiras e mães de crianças menores de dois anos na consulta de enfermagem, na percepção de enfermeiras que atuam na Estratégia Saúde da Família. | Identificaram-se como núcleos relevantes: (1) elementos formadores do vínculo e (2) dificuldades para a construção do vínculo. As enfermeiras percebem que na atenção básica já existe uma relação pautada na intersubjetividade e elas atuam na perspectiva de atenção singular, com abordagem individualizada e humanizada, concebendo o vínculo como um processo fundamental para o cuidado integral. Todavia, enfrentam dificuldades para estabelecê-lo e as justificam pela grande demanda por atendimento e pela dificuldade de dar continuidade às presenças das mães na unidade. | Reafirma-se a necessidade de se oferecerem espaços de reflexão de forma continuada aos trabalhadores da saúde, a fim de que a equipe possa ser ouvida em sua demanda e, assim, fortaleça seus vínculos com as mães, com possibilidade de efetivar a vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil.                                                                                                                                                                                                                                               |
| BVS           | Possibilidades para a integralidade do cuidado da criança na atenção básica                 | FILHO ACADA, ROCHA SSD e GOUVEIA MTDO., 2019. | Revista Cubana de Enfermería, Plaza de la Revolución, Cuba. | Analisar como os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família desenvolvem a integralidade do cuidado na consulta de enfermagem à criança.                                                  | A integralidade é entendida como o olhar para a totalidade do ser, como o cuidado prestado ao indivíduo observando o seu contexto e compartilhado com outros profissionais de diversos níveis de atenção. Além disso, observou-se que alguns problemas dificultam o desenvolvimento da integralidade do cuidado à criança na atenção básica.                                                                                                                                                                                                                                             | A integralidade do cuidado beneficia e qualifica a assistência prestada à criança, produzindo ações de saúde embasadas em linhas de cuidado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| BVS           | Comunicação do enfermeiro com a mãe/família na consulta de enfermagem à criança             | MOREIRA MDDS e GAIVA MAM., 2016.              | Ciência Cuidado e Saúde, Paraná, Brasil.                    | Analisar como a comunicação interpessoal dos enfermeiros favorece ou limita a autonomia das mães/família no processo de cuidado na consulta à criança.                                   | Os dados foram analisados pela análise de conteúdo do tipo temática, da qual emergiu duas categorias: "Comunicação não efetiva entre enfermeiros e mãe/família" e "Comunicação como ferramenta de cuidado". Pode-se inferir que a comunicação na consulta de enfermagem não pode ter como foco o controle, mas deve ser adaptada a cada situação apresentada, tendo a mãe/família no centro desse processo, para que expresse seus conhecimentos, sentimentos e demandas, além de ter participação ativa.                                                                                | Os diálogos captados nas consultas de enfermagem à criança revelaram dois tipos de comunicação do enfermeiro com mãe/família, o primeiro é centrado em diálogos impositivos, diretivos, autoritários e verticalizados, e o segundo, investigativo e que não valoriza as queixas e demandas maternas, prejudicando a produção de autonomia para o cuidado. Por outro lado, a relação com diálogos participativos, valorização das dúvidas maternas e manifestações de apoio e confiança foram favoráveis ao desenvolvimento de autonomia para o cuidado. |



| Base de dados | Título                                                                        | Autores                   | Periódico (nome, local)                                 | Objetivo                                                                                                                                                            | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Conclusões                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BVS           | Consulta de puericultura: problemas encontrados em menores de 2 anos          | FERREIRA FA et al., 2019. | Revista de Enfermagem UFPE On line, Pernambuco, Brasil. | Identificar os principais problemas apresentados nas crianças menores de 2 anos durante a consulta de enfermagem em puericultura.                                   | Analisaram-se os dados por estatística descritiva e, das 84 crianças estudadas, houve um total de 139 queixas registradas pelo enfermeiro durante a consulta de puericultura.                                                                                                                                                                                                                                                                    | Destacaram-se os problemas respiratórios (40%) seguidos de dermatológicos (33%) e gastrointestinais (23%). Aponta-se, pelo estudo, para a necessidade de criar um protocolo de consulta de puericultura para os enfermeiros, fortalecendo a prevenção e promoção à saúde da criança acompanhada. |
| BVS           | Processo de trabalho de enfermeiros na vigilância do desenvolvimento infantil | VIEIRA DDS et al., 2019.  | Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte, Brasil.  | Investigar o processo de trabalho de enfermeiros nas consultas de puericultura em relação à vigilância do desenvolvimento infantil em unidades de saúde da família. | Evidenciou-se que os enfermeiros implementam algumas ações de cuidado preconizadas para consulta de puericultura, porém a vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor e as técnicas relacionais encontram-se fragilizadas. Os fatores que dificultam o processo de trabalho dos enfermeiros na realização da vigilância do desenvolvimento infantil foram a precária infraestrutura, escassez de insumos e baixa adesão das mães às consultas. | É necessária a qualificação do enfermeiro e a sensibilização dos gestores, para proporcionar condições de trabalhos favoráveis para a promoção do cuidado integral à criança.                                                                                                                    |

Fonte: Rosanelli EL e Molin RSD, 2021.

## ■ DISCUSSÃO

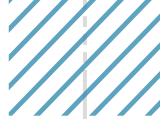
Tendo em vista os estudos dos artigos selecionados nesta revisão integrativa, foram organizadas duas categorias analíticas: Comunicação/vínculo efetivo do enfermeiro com a mãe nas consultas de puericultura e papel do enfermeiro no cuidado à criança.

### **Comunicação/vínculo efetivo do enfermeiro com a mãe nas consultas de puericultura**

De acordo com Ferreira FA, *et al.* (2019) entende-se a atuação do enfermeiro essencial na realização da consulta de puericultura, pois envolve uma série de etapas que norteiam ações para garantir um atendimento integral, contínuo e de qualidade às necessidades de saúde da criança e aos anseios de sua família. Explica que a prática não se trata apenas de verificar medidas antropométricas, pois o enfermeiro deve avaliar a criança como um todo, monitorar o crescimento e o desenvolvimento, com ênfase no aconselhamento de enfermagem.

A comunicação, como valor, é percebida tanto por quem cuida quanto por quem é cuidado. É uma condição que exige repensar e reagir em prol da reintegração da ação de pensar a saúde. Nessa dimensão, as experiências cotidianas são sua principal fonte de reavaliação. A eficácia da comunicação relaciona-se com a linguagem corporal que se expressa pela proximidade, postura e contato visual com o outro, envolve a interação, os





processos sociais, psicológicos, pessoais e a própria organização do trabalho (SOUSA FGMD e ERDMANN AL, 2012).

Moreira MDDS e Gaiva MAM (2016) falam que a comunicação deve ser mediada pelo diálogo amparado por uma relação horizontal de escuta, troca, respeitando os valores, conhecimentos, opiniões e modos de ser e agir, pautados pela confiança, no vínculo e na participação do usuário no processo do cuidar. Moreira MDDS e Gaiva MAM (2016), realizaram um estudo qualitativo com quatro enfermeiros e afirmam para que o diálogo seja efetivo e reduza a vulnerabilidade, o profissional deve estar disposto a trocar ideias com as mães, não apenas para avaliar suas atitudes de cuidado. O profissional ainda precisa ajudá-los a pensar sobre o cuidado de si e do filho e se o que se espera pode ou não ser contemplado por esse cuidado, procurando compreender os motivos e os sentimentos que os motivaram a tomar tal decisão. Consequentemente, a mulher deve ser considerada independente e capaz de tomar as suas decisões, cabendo ao profissional oferecer apoio, interação e compartilhamento de conhecimentos para a promoção e proteção da saúde da mulher e da criança. Reichert APDS, *et al* (2016) também realizou uma pesquisa qualitativa e afirma que a opinião da mãe tem um papel muito importante para que o profissional obtenha informações acerca da saúde da criança, pois a mãe é uma pessoa que conhece melhor a realidade do seu filho, pois a mesma, na maior parte das vezes, é a principal cuidadora da criança.

Estudo realizado por Finkle AL, *et al* (2016), estabelece que o vínculo com a mãe proporciona um retorno à unidade em busca do profissional de saúde de referência que o acolheu, e é nestes encontros consecutivos que se pode construir o caminho de uma saúde resolutiva e eficaz para que a criança cresça e se desenvolva de forma saudável. Reichert APDS, *et al* (2016), fala que em termos de vínculo, destaca-se a importância do reconhecimento das mães como cuidadoras principais dos seus filhos e da relação entre enfermeiras e bebês. O efeito de reciprocidade entre os profissionais de saúde e os usuários pode inspirar confiança e respeito mútuo e tem sido um fator significativo na redução de problemas de saúde após o nascimento. Para uma mãe que leva um filho para consulta, o bom relacionamento com o enfermeiro está associado à perspectiva do cuidado, a que se refere à realidade do usuário, na sua multidimensionalidade do ser humano e no alcance efetivo dos resultados esperados e necessários. Já para Moreira MDDS e Gaiva MAM (2016), a formação do vínculo é mais fácil quando os profissionais sabem ouvir, escutar reclamações e as queixas da mãe, pois a mesma sente-se valorizada e aumenta a sua confiança no profissional que ela está sendo atendida. A relação com o usuário é construída gradativamente por meio da escuta, conversa, do acolhimento e do respeito. No que se diz respeito ao vínculo, Vieira DDS, *et al* (2019), diz que a necessidade de trabalhar o vínculo é enfatizada como um dos pilares na consulta de puericultura, o que garante um relacionamento interpessoal duradouro





entre o profissional e a família, pautados pela confiança nas ações, responsabilidade no cuidado e resolutividade.

Trabalho realizado em município da Paraíba constatou a ausência de vínculo e o acolhimento de enfermeiros como estratégia de promoção da saúde da criança. A lógica da prática diária nas consultas era mais centrada na doença e na queixa-conduta (REICHERT APDS *et al.*, 2016). No modelo clínico tradicional, a comunicação entre profissional e usuário é limitada, com um padrão de informação/pesquisa predominante, com foco apenas para a queixa e para a doença, excluindo a escuta e o diálogo, limitando assim a autonomia dos sujeitos no cuidado e a possibilidade de interação entre os saberes (MOREIRA MDDS e GAIVA MAM., 2016).

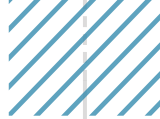
Reichert APDS, *et al* (2016) afirmam que o estudo realizado com enfermeiras da Estratégia Saúde da Família de Londrina-PR indica que o acompanhamento da criança desde o pré-natal facilita o vínculo entre enfermeira e mãe e também oferece um diálogo aberto que contribui para a adesão materna às diretrizes e continuidade da assistência à maternidade. Filho ACADA, *et al* (2019) também relata que o cuidado à criança se inicia no pré-natal, na qual ações de caráter preventivo voltadas à saúde da criança são desenvolvidas, ou seja, a consulta de pré-natal consiste na aquisição temporária ou troca de conhecimentos, em que a enfermeira orienta a gestante sobre como cuidados o recém-nascido.

Verifica-se, portanto, através da análise dos artigos de referência, que a comunicação e o vínculo do enfermeiro com a família, principalmente com a mãe, durante as consultas de puericultura são essenciais para um cuidado mais preciso da saúde da criança. Tais ações ressaltam a importância do trabalho humanizado no acolhimento das famílias desde o pré-natal até os primeiros anos da infância.

### **Papel do enfermeiro no cuidado à criança**

Furtado MCDC, *et al* (2018), refere-se ao direito da criança de ser atendida de forma adequada e com qualidade em todas as suas necessidades, por meio de serviços de saúde organizados, em todos os níveis de atenção, princípio que tem sido objeto de recomendações governamentais. Filho ACADA, *et al* (2019) entende que para que o cuidado seja integral, a multidimensionalidade da criança deve ser levada em consideração nesse período, levando em consideração suas múltiplas relações, principalmente com a família. Além disso, deve-se valorizar o contexto de sua vida, a fim de reconhecer as necessidades próprias e dos familiares e assim resolvê-las. Nesse sentido, é imprescindível a remodelação das práticas em saúde, que devem ser fortalecidas por meio da atuação dos profissionais para garantir a corresponsabilização do cuidado. Ferreira FA, *et al* (2019) fala que a consulta de enfermagem à criança consiste em prestar assistência de forma global e individualizada, identificando





problemas de saúde-doença, promovendo e avaliando atividades que contribuam para a promoção, recuperação e reabilitação da criança.

Vieira DDS, *et al* (2019), diz que as atividades de cuidado na proteção à saúde da criança realizadas durante as consultas de cuidado são essenciais para avaliação do estado geral da criança e realizar uma intervenção precoce na alteração dos parâmetros avaliados, tendo em vista que podem indicar atrasos no desenvolvimento da criança e/ou presença de doenças crônicas. Vale ressaltar que a anamnese e o exame físico durante as consultas interferem na qualidade da assistência, tendo em vista que são atividades necessárias para diagnosticar doenças, realizar intervenções adequadas e o acompanhamento dos cuidados oferecidos. Já para Filho ACADA, *et al* (2019), a complexidade parece mudar as práticas de saúde no sentido de criar um cuidado mais voltado para o usuário e suas necessidades, distanciando-se da visão reducionista do ser. Quando o contexto em que a criança e sua família estão inseridos é observado pela equipe de saúde, os profissionais encontram condições favoráveis para analisar as necessidades e fragilidades das pessoas. Este fato permite fazer um diagnóstico situacional e, assim, definir um plano terapêutico que corresponda à individualidade de cada pessoa. Isso contribui para a integridade do cuidado infantil, pois o planejamento e a prestação de cuidados abrangentes cobrem as reais necessidades de saúde da criança.

Filho ACADA, *et al* (2019) realizou um estudo descritivo, qualitativo por meio de entrevista com 14 enfermeiras: as mesmas relataram a importância de uma visita puerperal como um ponto importante para a promoção da atenção integral à saúde do recém-nascido. O cuidado no momento está relacionado principalmente às orientações de cuidado do recém-nascido que são dadas à mãe. Além disso, a primeira semana de saúde integral visa promover melhores cuidados ao recém-nascido, à mãe e à família, a fim de reduzir a morbimortalidade materno-infantil. Apesar disso, poucos enfermeiros relataram a questão da triagem neonatal. Para Furtado MCDC, *et al* (2018), uma das ações destacadas, a visita domiciliar, corrobora, com estudo que aponta sua importância como instrumento para a prática desse profissional, por se tratar de um espaço de possibilidades para que atua em defesa do direito à saúde da criança. Filho ACADA, *et al* (2019) relata também que as enfermeiras consideram a vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil como ponto fundamental, onde os profissionais procuram acompanhar se a criança está cumprindo os padrões por meio da verificação das medidas antropométricas, a fim de promover o crescimento e desenvolvimento saudável dessa criança, tratando aspectos relacionados a amamentação, higiene, vacinação, aos cuidados com o bebê, por meio de atividades de promoção e prevenção a saúde infantil.

Vieira DDS, *et al* (2019) realizou uma pesquisa qualitativa com 19 enfermeiros e os mesmos apontaram a importância da utilização adequada da caderneta de saúde da criança





e o registro correto das informações a fim de promover um cuidado eficiente, longitudinal e resolutivo. Relata também que os profissionais tenham conhecimentos dos fatores de risco para o atraso do desenvolvimento infantil onde é necessária uma implementação correta da assistência à criança com intervenções eficazes.

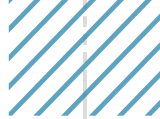
Ferreira FA, *et al* (2019) enfatiza um programa do Ministério da Saúde sobre Atenção Integrada às doenças prevalentes na infância a fim de ajudar os enfermeiros na consulta de puericultura e prevenir patologias, contribuindo para o cuidado para a redução de morbimortalidade relacionado às principais causas de doenças infantis. Para Filho ACADA, *et al* (2019) outro programa importante para auxiliar os enfermeiros na consulta de puericultura é sobre as perspectivas das linhas de cuidados propostos também pelo Ministério da Saúde que são privilegiadas durante as consultas e visitas domiciliares nas quais são direcionadas a prevenção de doenças e outros agravos.

O Ministério da Saúde no Brasil preconiza o aleitamento materno exclusivo por até seis meses de vida, complementado por até dois anos, e a introdução gradual de novos alimentos aos seis meses, permitindo a adaptação da criança a novos sabores e texturas (CARNEIRO GCDS *et al.*, 2015). Para Filho ACADA, *et al* (2019) o aleitamento materno exclusivo desde o pré-natal é essencial para garantir uma boa qualidade de vida aos bebês, incentivando e orientando a importância e os benefícios do aleitamento materno exclusivo. Também existem preocupações quanto a introdução de outros alimentos, com os quais as mães devem estar familiarizadas por meio de orientações para garantir que seus bebês sejam alimentados com alimentos saudáveis. Ferreira FA, *et al* (2019) aborda um estudo que objetivou investigar as condutas utilizadas por enfermeiros em consultas de puericultura das USF de Campina Grande-PB, a alimentação infantil como um dos fatores que levam ao adoecimento da criança, registrando-se entre os profissionais que participaram do estudo, apenas uma enfermeira apontou a importância da avaliação da nutrição infantil como critério a ser investigado na prática assistencial.

Ferreira FA, *et al* (2019) destaca como uma das intervenções para a saúde da criança a necessidade da prescrição de medicamentos pelo enfermeiro que é uma realidade e uma necessidade constante, trazendo autonomia e valorização profissional, sendo o conhecimento e a segurança necessários para o desempenho desta tarefa para não colocar em risco a saúde do usuário.

Filho ACADA, *et al* (2019) diz que a inclusão dos pais e familiares nos cuidados oferecidos e a tentativa de visualizar os problemas familiares têm sido citados como integralidade, uma vez que pais e familiares são considerados responsáveis pela continuidade do cuidado no domicílio. Porém, de acordo com Vieira DDS, *et al* (2019) há alguns fatores que dificultam a efetivação da puericultura pois os familiares só buscam atendimento aos filhos





somente quando estão doentes. Desse modo, espera-se que os profissionais orientem a importância do acompanhamento e desenvolvimento e realizem ações que estimulem as mães a procurarem os serviços de saúde.

Destarte, o papel do enfermeiro no cuidado à criança é essencial para vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil. Todos os estudos apresentados reiteram a importância do profissional de enfermagem no acompanhamento da criança e de sua família, considerando sua realidade socioeconômica.

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

A comunicação e o vínculo do enfermeiro com a mãe estão totalmente vinculados ao cuidado da criança, pois tendo uma comunicação e um vínculo eficazes podemos garantir um atendimento contínuo integral e de qualidade, às necessidades de saúde da criança e aos anseios de sua família. Importante ressaltar para que o cuidado seja integral, a multidimensionalidade da criança deve ser levada em consideração nesse período, levando em atenção suas múltiplas relações, principalmente com a família. Recomenda-se que novas pesquisas sejam realizadas para esclarecer o papel do enfermeiro e o diferencial nas consultas de puericultura.

## ■ REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA MC, LOPES MBL. Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde. *Revista de Saúde*, 2019; 169-186.
2. BRASIL. Manual do Ministério de Saúde. 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>. Acessado em: 25 de março de 2021.
3. CARNEIRO GCDS, et al. Crescimento de lactentes atendidos na consulta de enfermagem em puericultura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2015; 35-42.
4. COFEN, Decreto n 94.406/87. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/decreto-n9440687\\_4173.html](http://www.cofen.gov.br/decreto-n9440687_4173.html). Acessado em: 13 de janeiro de 2021.
5. FERREIRA FA, et al. Consulta de puericultura: problemas encontrados em menores de 2 anos. *Revista de Enfermagem UFPE On line*, 2019; 13: 1-7.
6. FILHO ACADA, et al. Possibilidades para a integralidade do cuidado da criança na atenção básica. *Revista Cubana de Enfermería*, 2019; e1765.
7. FINKLER AL, et al. O processo de trabalho na atenção primária à saúde no cuidado da criança. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 2016; 171-179.





8. FURTADO MDCD, et al. Ações e articulações do enfermeiro no cuidado da criança na atenção básica. *Texto Contexto Enfermagem*, 2018; e0930016.
9. GUBERT FDA, et al. Protocolo de Enfermagem para consulta de puericultura. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 2015; 81-89.
10. MENDES KDS, et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 2008; 758-764.
11. MOREIRA MDDS, GAIVA MAM. Comunicação do enfermeiro com a mãe/família na consulta de enfermagem à criança. *Ciência Cuidado e Saúde*, 2016; 677-684.
12. OLIVEIRA FFS, et al. Consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro na estratégia saúde da família. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 2013; 694-703.
13. OLIVEIRA GCP, et al. A visita domiciliar ao recém-nascido. *Revista Enfermagem UFPE on line*, 2020; 14: 1-7.
14. PEDRAZA, DF. Estratégia Saúde da Família: contribuições das equipes de saúde no cuidado nutricional da criança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021; 1767-1780.
15. PEDRAZA, DF. Percepção de enfermeiros sobre o cuidado nutricional à criança na Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*, 2020; 141-151.
16. REICHERT APDS, et al. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016; 2375-2382.
17. REICHERT APDS, et al. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2016; 119-127.
18. SANTOS NCCB, et al. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. *Cadernos de Saúde Pública*, 2018; e14216.
19. SOUSA FGMD, ERDMANN AL. Qualificando o cuidado à criança na Atenção Primária de Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2012; 795-802.
20. VIEIRA DDS, et al. Processo de trabalho de enfermeiros na vigilância do desenvolvimento infantil. *Revista Mineira de Enfermagem*, 2019; e-1242.



---

# Parto e violência obstétrica: um relato de experiência

- | Maria Améllya Nunes Diniz
- | Camila Ximenes Pinto
- | Antônia Gabriela Freitas de Vaconcelos
- | Dirlene Mafalda Idelfonso da Silveira



# RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O momento do parto é uma ocasião de transformações para a mulher, desde mudanças físicas até emocionais, desencadeadas pelas mudanças hormonais e físicas que ocorrem para que tal evento seja realizado. Logo, entende-se o momento do parto como um processo biopsicosocial, podendo a mulher vivenciar uma experiência positiva ou negativa, bem como traumática que pode ter reflexos em diferentes áreas da vida. **RELATO DA EXPERIÊNCIA:** Este relato discorre sobre a experiência vivenciada por um grupo de 4 alunas do 5º semestre do curso de medicina da Universidade Christus, em uma visita proposta pela grade curricular do módulo de Ginecologia e Obstetrícia à sala de parto de um Hospital Maternidade, localizado em Fortaleza-Ceará, no primeiro semestre do ano de 2019. A vivência proporcionou o acompanhamento do parto de um agestante de 16 anos, com 40 semanas de gestação, que estava acompanhada de uma vizinha. Chegamos à sala destinada para o parto e nos deparamos com um ambiente movimentado, barulhento e lotado de médicos, residentes, internos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, que estavam tendo conversas indistintas, tomando café e não estavam dando a atenção e o protagonismo necessários para a futura mãe e para seu bebê. A paciente, já apavorada, clamava pela mãe e dizia que ia morrer, até que o médico reagindo disse “Se você não tiver esse bebê agora ele vai morrer e a culpa será sua”. Naquele momento, nos deparamos com uma situação de extrema vulnerabilidade da mãe, descaso de profissionais, violência psicológica, mas acima de tudo, vivenciamos também uma linda transformação da mãe após o nascimento do filho. **DISCUSSÃO:** Sabe-se que, de acordo com a literatura, a maioria das mulheres desconhece seus direitos no decorrer do ciclo gravídico, em especial no parto, tornando-se mais vulneráveis às intervenções profissionais e a possíveis abusos, não percebendo que está sofrendo um tipo de violência obstétrica. Dominadas, muitas vezes, pelo medo do desconhecido, pela tensão, pelo medo da sua morte ou da morte do seu filho e pela responsabilidade com a nova vida, elas ficam reféns dos profissionais e as repercussões dessa experiência podem ser muito negativas. É importante ressaltar que, o parto, principalmente em primigesta, é uma experiência desafiadora, sendo essencial que a mãe se informe sobre seus direitos e que os médicos, enfermeiros, auxiliares e demais profissionais na sala de parto sintam respeito e empatia com esse momento, pois em todo parto nasce um bebê e nasce uma mãe.

**Palavras-chave:** Parto Humanizado, Obstetrícia, Salas de Parto.

## ■ INTRODUÇÃO

O momento do parto é uma ocasião de transformações para a mulher, acompanhado de muitas mudanças físicas e emocionais, que preparam a mulher para o fenômeno que é o parto. Ademais, a mãe pode, nesse percurso, experimentar diversos sentimentos como medo, incerteza, dor, alegria, euforia, tristeza e alívio em diferentes momentos desse processo e com intensidades variáveis, diferentes para cada genitora.<sup>(1)</sup>

A forma como a gestação e o parto são vivenciados pode sofrer influência de diversos fatores como a situação psicoemocional da parturiente, o modo como a gestação foi vivida, o relacionamento com o parceiro, o apoio familiar, o estado de saúde físico da mãe e do bebê e o modo como a paciente é assistida durante o trabalho de parto. Logo, entende-se o momento do parto como um processo biopsicossocial, podendo a mulher vivenciar uma experiência positiva ou negativa, bem como traumática que pode ter reflexos em diferentes áreas da vida.<sup>(1)</sup>

Devido ao desenvolvimento da medicina e aos avanços na assistência ao parto, ocorreram muitas mudanças nesse processo. Antigamente, os partos eram residenciais, sendo a gestante acompanhada por uma parteira de sua confiança, em um ambiente familiar, onde se sentia, muitas vezes, mais acolhida. Com o avanço sanitário e científico, os partos passaram a ser realizados por médicos e em ambientes hospitalares, no entanto, mesmo que a segurança do ponto de vista da saúde seja maior, as mulheres passaram a sofrer com a impessoalidade do local, o descaso e a pressa de alguns profissionais, podendo resultar, muitas vezes, em situações de violência, causando traumas nesse processo que deveria ser o mais natural e acolhedor possível, em um momento de tanta vulnerabilidade e euforia. Diante disso, muitas vezes a mulher é vítima de atitudes e procedimentos que afetam a sua integridade física e moral, caracterizada como violência obstétrica.

A Organização Mundial da Saúde (2014) conceitua a violência obstétrica como uma violação dos direitos da mulher gestante durante o parto, incluindo a perda de autonomia, além de ser uma violação dos direitos humanos fundamentais contra a mulher com significativo grau de dor e sofrimento evitáveis.<sup>(2)</sup>

Para estudiosos da área médica e hospitalar, a violência obstétrica é qualquer conduta ou omissão que impacte negativamente na qualidade de vida, podendo ser expressa por negligência, violência psicológica, violência física e violência sexual.<sup>(3)</sup>

Em contrapartida, atualmente muito se fala sobre o parto humanizado e os benefícios para a mãe e o bebê, sendo tal procedimento caracterizado como aquele que acontece em ambiente humanizado, mesmo que seja hospitalar, onde a gestante se sinta acolhida, tenha a opção de ter um acompanhante durante todo o processo, possua suas vontades atendidas,



se não colocar em risco a sua vida ou a do bebê, além de ser informada sobre todos os processos que podem ocorrer e procedimentos que podem ser realizados.

De acordo com tal pensamento, foi sancionada a Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, mais conhecida como a Lei do Acompanhante, que determina aos serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, o direito da gestante a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. A Lei determina que este acompanhante seja indicado pela gestante, podendo ser qualquer pessoa de sua escolha, buscando um ambiente acolhedor, em que um rosto familiar possa causar segurança nesse momento.<sup>(4)</sup>

Porém, mesmo com tantos avanços na assistência ao parto e nos direitos da mãe e bebê, ainda é notório um desconhecimento quanto ao que se considera violência obstétrica, tornando muitas mulheres suscetíveis a esse tipo de conduta.

Logo, diante de tal temática, visamos relatar a experiência dos alunos do curso de medicina em relação à realidade vivenciada durante a assistência ao parto e refletir sobre a assistência humanizada ao parto e à violência obstétrica.

## ■ RELATO DE EXPERIÊNCIA

Este relato apresenta a experiência vivenciada por um grupo de quatro alunas do 5º semestre do curso de Medicina da Universidade Christus, em uma visita proposta pela grade curricular do módulo de Ginecologia e Obstetrícia à sala de parto de um Hospital Maternidade, localizado em Fortaleza-Ceará, no primeiro semestre do ano de 2019.

Durante uma visita ao Hospital Maternidade para acompanhamento da sala de parto, pudemos perceber que esse ambiente é bastante procurado por diversas gestantes, em diversos momentos da gestação, desde mulheres com trabalho de parto prematuro, contrações de treinamento, até trabalhos de partos ativos a termo. As pacientes são referenciadas das Unidades Básicas, onde são acompanhadas, se gestação de risco habitual, porém não possuem familiaridade com o local ou o obstetra de plantão, sendo, para a grande maioria, o primeiro contato.

O ambiente destinado ao atendimento, infelizmente, não possuía uma estrutura satisfatória. O cardioscópio e outros equipamentos eram antigos, porém ainda funcionantes, a sala possuía muitos ruídos externos e os atendimentos eram rápidos e superficiais.

O caso que acompanhamos era de uma gestante de 16 anos, 40 semanas, que estava acompanhada de uma vizinha. Ela apresentava cólica (relato da paciente) e já havia procurado outra maternidade, porém a enviaram para casa, permanecendo as dores. A bolsa havia rompido há pouco tempo e o médico de plantão resolveu realizar o toque vaginal para verificar a dilatação. A paciente estava assustada e questionou a presença dos alunos, sendo esclarecido que éramos estudantes e estávamos acompanhando os atendimentos daquela manhã.





A enfermeira entregou o avental e pediu que fosse se trocar para que pudesse ser realizado o exame. Novamente era notório o quanto a paciente estava com medo, mas o exame foi realizado. Após o médico de plantão verificar que havia seis centímetros de dilatação realizou a admissão dela e chamou o residente para levá-la à sala de parto, porém logo explicou que a equipe estava incompleta e que ela teria o bebê por parto vaginal, caso houvesse a necessidade de um parto abdominal teria que ser transferida para outro hospital. Com a chegada do residente e do interno, os dois realizaram mais uma vez o toque, mesmo que fosse perceptível o descontentamento da paciente, que estava assustada, porém permaneceu calada.

Horas depois, o residente responsável pela admissão da paciente chamou o médico de plantão que nos acompanhava no ambulatório, já que a paciente estava com nove centímetros de dilatação e o bebê poderia nascer a qualquer momento.

Chegamos à sala destinada para o parto e nos deparamos com um ambiente movimentado, barulhento e lotado de médicos, residentes, internos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem todos conversando sobre suas vidas pessoais, tomando café e retirando todo o protagonismo da mãe e do bebê naquele momento.

As contrações estavam cada vez mais fortes e a paciente chorava clamando pela mãe que não havia chegado. A vizinha que a acompanhava estava tentando contato por telefone, mas sem sucesso. A menina estava a poucos minutos de se tornar mãe e clamava pela sua incansavelmente, o medo era visível em seu rosto e ela falava *“Não quero morrer! Quero minha mãe! Ele não vai nascer hoje!”*. O tempo ia passando e naquela sala cheia e barulhenta, agora os gritos da mãe se misturavam as conversas dos profissionais.

O médico responsável então chegou perto da menina e a enfrentou *“Deixe disso. Não está doendo tanto assim. Na próxima contração faça bastante força, segure nesses ferros”*. A paciente já apavorada só sabia clamar pela mãe e disse que ia morrer, até que o médico disse *“Se você não tiver esse bebê agora ele vai morrer e a culpa será sua”*. A menina, já cansada, não sabia o que fazer até que a neonatologista chegou e a acalmou *“Ninguém vai morrer hoje! Vai nascer um lindo bebê, fique tranquila sua mãe está chegando”*.

Logo depois o bebê nasceu. Um menino forte e com ele nasceu uma mãe. A paciente se fortaleceu e vimos à transformação da nova mãe. Ela já não mais chorava pela sua mãe, mas dizia *“A mamãe está aqui filho, não chora”*, emocionando a nós que tivemos a nossa primeira experiência na sala de parto, vivenciando momentos de extrema vulnerabilidade da mãe, descaso de profissionais, desrespeito e violência obstétrica. No fim, pudemos também acompanhar essa linda transformação em meio a tantas adversidades. É inadmissível que em um momento tão importante e cheio de ressignificações para aquela mulher, ela tenha sido permeada por situações negativas.



## ■ DISCUSSÃO

O processo do parto causa uma descarga de sentimentos como o medo de complicações, a ansiedade e, muitas vezes, a solidão e a insegurança por estar em um ambiente com pessoas desconhecidas, principalmente quando não possui vínculo com os profissionais que assistem a mulher nesse procedimento e não tem, ao seu lado, um acompanhante que traga segurança.<sup>(5,6)</sup>

Embora o papel do cônjuge no parto esteja ressaltado na literatura, é notório que muitas parturientes buscam apoio neste período de outros membros da família, sendo a rede familiar de grande importância nesse período. Logo, os profissionais devem ser empáticos nesse momento de insegurança, principalmente, quando não tem a presença de um acompanhante para prestar apoio, buscando assistir a paciente de forma humanizada e explicando os procedimentos a serem realizados e as possíveis complicações, não realizando nada que possa causar malefício a mãe e ao feto.<sup>(1,3)</sup>

De acordo com a literatura, a maioria das mulheres desconhece seus direitos no decorrer do processo do parto, tornando-as mais vulneráveis às intervenções profissionais e a possíveis abusos, não possuindo conhecimento de que está sofrendo um tipo de violência obstétrica, o que faz com que estas se tornem reféns do medo de morrer ou de causar a morte ao filho, causando uma tensão ainda maior, prejudicial ao momento vivenciado.<sup>(1,2)</sup>

Dessa forma, reconhecer a individualidade de cada parto é humanizar o atendimento, permitindo relações menos desiguais, procedimentos menos autoritários, garantindo o bem-estar e a segurança para a mulher e o bebê, sem privar a mulher do protagonismo nesse momento, deixando que ela realize o parto da melhor forma.<sup>(1)</sup>

Sabe-se que a ocasião do parto pode ser conturbada, em que em um momento de extrema fragilidade, inquietude, medo, dor, ansiedade e insegurança a mulher pode não possuir consciência da violência sofrida e dos malefícios dela para o processo do parto, pós-parto, futuras gestações e demais situações da vida, sendo dever dos profissionais da saúde que a auxiliam proporcionar um ambiente confortável, seguro e deixar que o protagonismo do parto seja da mãe e filho, proporcionando a ela a possibilidade de um acompanhante que a conforte e traga segurança.

É importante ressaltar que, o parto, principalmente em primigesta, é uma experiência desafiadora, sendo essencial que a mãe se informe sobre seus direitos e que os médicos, enfermeiros, auxiliares e demais profissionais na sala de parto possuam respeito e empatia com esse momento, pois nasce um bebê e nasce uma mãe.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Motta CCL da. Quem acolhe esta mulher?: Caracterização do apoio emocional à parturiente. 2003; 130. Available from: <http://www.tede.ufsc.br/teses/PPSI0097.pdf>
2. Organização Mundial da Saúde. Prevenção e eliminação de abusos , desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014;(5):4. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf)
3. Paulo S, F P L BA, Diniz SG, Schraiber LB, Collective Sexuality F, FláviaPires Lucas A, et al. "At the medical school Violence against women VI. Lancet [Internet]. 2002;359:1681–5. Available from: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)
4. Bezerra MGA, Cardoso MVLML. Fatores interferentes no comportamento das parturientes: enfoque na etnoenfermagem. Rev Bras enfermagem. 2005;58(6):698–702.
5. Santos D da S, Nunes IM. Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem. Esc Anna Nery. 2009;13(3):582–8.
6. BRASIL; BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2005.
7. Estumano VKC, Melo LG da S de, Rodrigues PB, Coelho AC do R. Violência obstétrica no Brasil: casos cada vez mais frequentes. Rev Recien - Rev Científica Enferm. 2017;7(19):83.

---

# Percepção do pai acerca do método canguru realizado em recém-nascidos pré-termos

| **Camilla Celly Costa**

ICBS - UNA

| **Letícia Alves Pereira Valadares**

ICBS - UNA

| **Poliana Elzira Pereira Dos Santos  
Ferreira**

ICBS - UNA

| **Rebeca Dos Santos Duarte Rosa**

ICBS - UNA



# RESUMO

**Objetivo:** compreender a percepção do pai acerca do Método Canguru em recém-nascido pré-termo. **Método:** pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada com participação de 16 indivíduos. Para a interpretação dos resultados, utilizou-se a análise de conteúdo. **Resultados:** Por meio da percepção dos pais que vivenciaram direta ou indiretamente o Método Canguru, alguns demonstraram pouco conhecimento acerca do assunto, porém ficou claro o interesse e desejo em realizar, além disso, foi perceptível o sentimento de carinho dos pais em participar do cuidado de seus filhos, proporcionando assim um vínculo afetivo entre bebê-pai. **Considerações finais:** o pai ainda desconhece o MC, evidenciando a necessidade da orientação dos profissionais de saúde como forma de otimizar o conhecimento e proporcionar uma maior confiança dos pais e sua inclusão na proposta de cuidado familiar recém-nascido pré-termo.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Recém-Nascido Prematuro, Pai, Método Canguru, Percepção.

## ■ INTRODUÇÃO

A prematuridade é determinada pelo nascimento precoce de um bebê antes da maturidade fetal, caracterizado antes da 37ª semana de gestação. Tal circunstância ainda é considerada um problema de saúde pública, em decorrência do alto índice de mortalidade e da morbidade neonatal<sup>1</sup>. Dados no Ministério da Saúde (MS) apontam que cerca de 20 milhões de recém nascidos pré- termo (RNPT) e de baixo peso nascem anualmente em todo mundo. Desses, um terço morre antes de completar um ano de vida. O Brasil está entre os dez países com maior taxa de mortalidade infantil - aproximadamente 70% dos casos do mundo - sendo a causa principal a prematuridade<sup>2</sup>.

Uma das estratégias de tratamento e recuperação do RNPT é o Método Canguru (MC). O MC representa um padrão de assistência perinatal com foco na qualidade do cuidado e recuperação de neonatos pré-termo com baixo peso ao nascimento (BPN), isto é, com peso inferior a 2.500 gramas, independentemente da idade gestacional (IG)<sup>3</sup>.

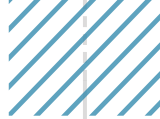
O MC foi desenvolvido em 1979 na Colômbia por Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez a partir do Programa Mãe-Canguru pelo Instituto Materno-Infantil de Bogotá. Diante da repercussão positiva em relação às vantagens do MC e por se tratar de um método de baixo custo com resultados satisfatórios este passou a ser implementado e adotado por outros países ao longo dos anos<sup>4</sup>.

Em 1992 no Brasil, o método foi incluído com nome de Método Mãe Canguru, a partir daí diferentes hospitais brasileiros deram início ao uso do método, garantindo sempre uma assistência de cuidados mais humanizada. Somente no ano de 2000, o Método Canguru recebeu uma Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (RNBP) demarcado como um modelo de assistência perinatal, que amplia os cuidados prestados ao bebê que vão além de suas necessidades biológicas, ambientais e familiares<sup>4</sup>.

O MS preconiza que a aplicação do MC seja executada em três locais, sendo: nas unidades neonatais - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidades de Cuidados Intermediários (UCI) - nas unidades de alojamento conjunto canguru e nos ambulatórios de segmentos<sup>4</sup>. No período de 2000 a 2003, o MS mostrou que apenas 34,5% das maternidades capacitadas em todo território nacional implantaram as três etapas compostas pelo método, devido ao desafio da baixa incorporação da terceira etapa<sup>5</sup>.

Diante de tal desafio da efetivação do método, julgou-se essencial a busca pela compreensão sobre aspectos facilitadores e dificultadores da implementação do método nas maternidades brasileiras, devido o mesmo proporcionar melhoria na qualidade de assistência neonatal<sup>5</sup>.

Evidenciou-se resultados satisfatórios da efetiva participação paterna no cuidado integral do recém-nascido, devido a isso, o MS estabeleceu algumas medidas provisórias que



implicam a inclusão do pai, dentre elas o Pai-Canguru. Ainda observa-se alguns desafios sobre o MC na percepção do pai, pela insegurança e receio na execução da prática, além da dificuldade em estabelecer esse papel, bem como a falta de entendimento dos benefícios que o uso do método pode proporcionar ao seu filho<sup>6</sup>.

Diante do exposto, surgiu a seguinte questão norteadora: Qual a percepção do pai acerca do Método Canguru realizado em recém-nascidos pré-termo?

Esse estudo torna-se relevante, pela necessidade de mostrar o lado do pai durante e após a realização do método, ou seja, seus sentimentos, sensações, conhecimento e percepção acerca do método, visando divulgar a importância da participação paterna na linha de cuidado de seu filho.

Ainda, com intuito de estimular as instituições para que incluam o pai nesse processo, tendo como o profissional de enfermagem um precursor importante e fundamental no processo de inclusão e adaptação do genitor no processo de recuperação de seu filho.

## ■ OBJETIVO

### Geral

Compreender a percepção do pai acerca do Método Canguru em recém-nascidos pré-termos.

### Específicos

- a. Identificar o nível de conhecimento do pai sobre o Método Canguru;
- b. Descrever os fatores que interferem no vínculo pai-bebê diante das fragilidades do recém-nascido prematuro internado, sob a ótica do pai;
- c. Conhecer a vivência no Método Canguru na perspectiva do pai em relação aos benefícios no desenvolvimento e na recuperação do recém-nascido.

## ■ MÉTODO

### Tipo de pesquisa

Pesquisa de campo, exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, que utilizou a Análise de Conteúdo para análise dos dados.

As pesquisas de campo buscam o aprofundamento em questões propostas, através de um único grupo, permitindo a observação de uma situação ou realidade. A pesquisa





exploratória visa desenvolver, esclarecer e mudar princípios e ideias, para proporcionar visão geral de determinado fato ou fenômeno<sup>7</sup>.

Segundo Bardin<sup>8</sup>, em 1977, a análise de conteúdo é conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos e conteúdos, extremamente diversificados, tendo como fator comum a inferência.<sup>1</sup>

## **Cenário da pesquisa**

A pesquisa foi realizada em um Hospital Maternidade referência de Belo Horizonte. O hospital presta assistência materno-infantil, com todas as internações feitas por meio da Central de Internações da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), pelo SUS, realiza cerca de 900 partos ao mês e possui 185 leitos: 87 obstétricos, 41 leitos na UTIN, 45 leitos na UCI, sendo 30 convencionais e 15 canguru e 12 de outras clínicas.

## **Sujeitos da pesquisa**

A amostra constituiu-se por 16 indivíduos do sexo masculino, pais de bebês nascidos pré- termo e com baixo peso. Os critérios de inclusão foram idade mínima de 18 anos, presença no local de estudo e aceitar participar do estudo voluntariamente.

## **Coleta e organização de dados**

A coleta de dados ocorreu no período de maio de 2019, por meio de entrevista semiestruturada, utilizando como guia um roteiro organizado com perguntas relacionadas ao tema em estudo. As entrevistas foram audiogravadas e tiveram duração média de oito minutos cada.

## **Análise dos dados**

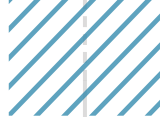
As falas foram ordenadas, após a transcrição integral das gravações e da leitura do material empírico, sendo selecionadas as ideias mais relevantes para o tema. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, seguindo as fases de pré-análise, categorização e tratamento dos resultados e interpretados através do método indutivo.

A primeira, pré-análise, caracteriza-se pela organização o material a ser analisado, a segunda consiste na exploração do material pelo sistema de codificação, visando a categorização e compreensão dos documentos e a terceira refere-se ao tratamento dos resultados para compreensão e realce das informações para análise<sup>8</sup>.

---

1 8. Bardin, L. Análise de conteúdo. 4. ed. Lisboa: Edições70, 2010





## Aspectos éticos

A presente pesquisa respeitou e atendeu as orientações da Resolução nº. 510/16 (CNS, 510- 2016), e iniciou-se mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) através do número de parecer 3.294.655 e do número do CAAE 11107219.2.0000.5098. Todos os participantes receberam os devidos esclarecimentos sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Uso de Imagem e Autorização de Uso de Voz. Os sujeitos foram representados pela letra P, referindo-se a palavra pai e por números de acordo com a ordenação das entrevistas, assegurando o sigilo e anonimato dos participantes durante o decorrer da pesquisa.

## ■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo, dos dezesseis (16) genitores de RNPT com BPN que se encontravam na UTIN e na UCI, seis (06), relativo a 37,5%, estavam realizando o MC e dez (10), relativo a 62,5%, não efetivaram o método, tendo apenas presenciado a realização. Os dados obtidos por meio das transcrições das entrevistas semiestruturadas foram analisados demonstrando a caracterização do perfil dos sujeitos além de, participação, conhecimento e percepção acerca do método.

### Caracterização dos sujeitos da pesquisa

A representação dos dados obtidos encontra-se presente na tabela 1:



**Tabela 1.** Caracterização dos sujeitos da pesquisa. Belo Horizonte, 2019.

| CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS |             |                |
|-----------------------------|-------------|----------------|
| Idade                       | Nº absoluto | Percentual (%) |
| Até 20 anos                 | 1           | 6,25           |
| De 21 à 30 anos             | 6           | 37,5           |
| De 31 à 40 anos             | 6           | 35,5           |
| Acima de 40 anos            | 3           | 18             |
| Etnia                       | Nº absoluto | Percentual (%) |
| Branco                      | 2           | 13             |
| Pardo                       | 9           | 56             |
| Negro                       | 5           | 31             |
| Estado Civil                | Nº absoluto | Percentual (%) |
| Solteiro                    | 4           | 25             |
| Casado                      | 10          | 63             |
| União estável               | 2           | 12             |
| Escolaridade                | Nº absoluto | Percentual (%) |
| Fundamental Incompleto      | 2           | 12             |
| Fundamental Completo        | 2           | 12             |
| Médio Incompleto            | 3           | 19             |
| Médio Completo              | 6           | 38             |
| Superior Incompleto         | 3           | 19             |

Fonte: Entrevista TCC / Nº Amostral: 16 participantes.

**Tabela 1.** Caracterização dos sujeitos da pesquisa. Belo Horizonte, 2019 (continuação).

| Profissão        | Nº absoluto | PERCENTUAL (%) |
|------------------|-------------|----------------|
| Autônomos        | 3           | 19             |
| Construção Civil | 3           | 19             |
| Vendas           | 2           | 12             |
| Outros           | 7           | 44             |
| Desempregados    | 1           | 6              |

Fonte: Entrevista TCC / Nº Amostral: 16 participantes.

Após a caracterização dos sujeitos, procurou-se responder aos objetivos apresentados. Os dados coletados foram organizados em 3 categorias: (Des)Conhecimento dos pais quanto ao Método Canguru, Sentimentos vivenciados e Importância da participação no MC.

### **(Des)Conhecimento dos pais quanto ao Método Canguru**

Por meio da percepção dos pais que vivenciaram direta ou indiretamente o MC, foi identificado o nível de conhecimento e a falta de informações sobre o tema. A maioria dos pais em estudo nunca participaram do método e tiveram o primeiro contato no hospital, após o nascimento do RN, sendo assim, não possuíam entendimento sobre o mesmo. Questionados sobre o MC, obteve-se as seguintes respostas:

*Só ouvi falar, conheci aqui [...] mas só aqui. (P2)*

*Conheci aqui no hospital, pelas fotos [...] (P12)*

Na maternidade em estudo, os pais recebem orientações pelos pediatras e equipe de enfermagem a respeito do método e seus benefícios, porém notou-se que ainda assim os pais expressam um conhecimento deficiente, conforme demonstrado nas falas seguintes:

*[...] a pediatra disse para marcar um horário pra ela explicar pra mim. (P13)*  
*Já ouvir falar só... só ouvir falar que podia pegar a criança, colocar dentro da roupa, pra ajudar no desenvolvimento. (P15)*  
*É pra eles ganhar peso né? Só ganha peso? (P4)*

Ainda nota-se que a sensibilização e transmissão do conhecimento é fragilizada, cabe ressaltar que o processo educativo dos pais durante a realização do método é essencial para sua efetividade e que alguns dos pais realizaram o método sem a compreensão do mesmo, conforme falas seguintes:

*[...] ouvir falar aqui dentro, mas não sei o que significa. É alguma coisa pra ajudar o bebê. (P7)*  
*[...] ninguém me explicou, apenas colocaram o bebê em mim e falaram pra ficar na posição. (P11)*

O MC incentiva e valoriza a presença e a participação do pai, com intuito de fornecer conhecimento aos mesmos sobre as possibilidades de aproximação nas unidades neonatais, proporcionando a formação do vínculo afetivo<sup>9</sup>. Assim, embora os pais tenham demonstrado pouco conhecimento acerca do assunto, ficou claro o interesse e desejo em participar do MC, expresso na fala seguinte:

*[...] eu procurei saber porque queria pegar minha filha. (P13)*

Em algumas falas percebe-se que o pai ainda não se vê como peça chave na realização do método, porém, participaria caso o mesmo fornecesse benefícios ao seu filho.

*Se for para ajudar, faço sim. (P7)*  
*Se for fazer bem, sim. (P9)*

Conclui-se que muitas das vezes os pais desconhecem o método e não são informados sobre a importância da participação, porém com o empenho da equipe na divulgação do tema, o interesse dos pais em realizar o método aumenta, portanto, a informação e o esclarecimento do MC é um fator importante para a inclusão do pai no processo de paternagem e na criação de vínculo num espaço desconhecido<sup>9</sup>.





## Vivenciando sentimentos no Método Canguru

Antigamente, o modelo patriarcal era predominante nas famílias, onde o homem possuía poder absoluto sobre a relação familiar, devendo os demais ter obediência e submissão. Atualmente, o pai está em uma posição diferente, não sendo apenas autoridade familiar e provedor material, mas também provedor afetivo, companheiro da mãe no suprimento das necessidades dos filhos. Sendo assim, nota-se que homens vêm reivindicando o seu papel pai na família, sentindo prazer em o fazer e investir nos cuidados dos filhos<sup>10</sup>.

Por meio de análise das entrevistas, de modo geral, foi perceptível o sentimento de carinho dos pais ao participar diretamente do cuidado de seus filhos, proporcionando assim um vínculo afetivo entre bebê-pai. Acreditou-se que os pais carregam esse sentimento como forma de proteção. Quando os genitores foram questionados sobre o que sentiam diante desse cuidado mais próximo com seu filho, ouviu-se as seguintes falas:

*Como que eu senti? Uai, de pegar ele é um sonho realizado. (P3)*

*Me senti muito mais próximo dele né, na verdade, eu tenho vontade de ficar sempre com ele dessa maneira. (P10)*

*Ah, eu sinto né, um amor tão grande né, porque, ele assim no meus braços assim né, saber que é sangue seu né, que é sua carne, então, eu sinto um poder gerado. (P12)*

A realização do método despertou nesses pais sentimentos profundos, eles se sentem empoderados, satisfeitos e muito mais próximos de seus filhos, sentindo um amor imensurável e o desejo de permanecer sempre ligado ao RN, como se fossem apenas um. Por meio da emoção manifestada pelos pais durante os relatos, foi perceptível a intensidade dessa ligação afetiva.

A participação paterna ativa respostas emocionais protetivas do pai em relação ao filho, provavelmente favorecidas através do compartilhamento intimidade com o RN nos primeiros momentos de sua vida<sup>11</sup>. Durante o contato pele a pele entre pai-filho, o bebê terá uma nova experiência de adaptação paterna e comunicação, fazendo com que esse momento traga benefícios futuros, tratando-se um processo contínuo de afetividade<sup>12</sup>.

É visível que o modelo assistencial do MC não só contribui para uma assistência mais humanizada, como veio para favorecer os aspectos psicoafetivos entre a família e o recém-nascido de maneira respeitosa e valorativa<sup>13</sup>. Observou-se que os sentimentos existentes entre pai e bebê foram fatores facilitadores para realização do método, conforme exposto nas falas abaixo:

*A questão do tempo né, a questão de ficar com ela no colo, a gente conversa e tudo, então é uma coisa que passa rápido né?!. (P11)*

*Ah, vontade de ficar junto com ela né. (P15)*





Por outro lado, notou-se ainda o sentimento de medo de alguns pais em realizar o MC, mesmo com auxílio da equipe de enfermagem. O tamanho do RN, insegurança e o receio relacionados à posição e realização do método, foram aspectos dificultadores, conforme relatado nas falas a seguir:

*Por causa da fragilidade, vai que você não segura firme, o pescocinho vira, alguma coisa, aí a gente fica com medo... (P3)*  
*[...] o medo vem da gente mesmo, fica com medo. (P3)*  
*Eu tive medo só dele, sei lá, sufocar [...] dele não respirar direito. (P10)*  
*Fiquei com medo de machucar ele, molinho né. (P16)*

Sendo assim, o medo dos pais em fazer algum mal aos filhos, pode estar relacionado à falta de conhecimento ou prática, muitos pais usam de frase como ‘não sei pegar’, ‘não tenho jeito para isso’, ‘sou muito grande e posso machucar’, como justificativa para não exercer o cuidado, deixando transparecer o medo e a insegurança<sup>12</sup>.

É evidente que o MC não só proporciona o fortalecimento da relação afetiva, mas também traz benefícios relacionados à saúde do RN. Diante disso, o mesmo deve ser incentivado e as dificuldades encontradas precisam ser trabalhadas e diminuídas, as dúvidas esclarecidas, para sucesso e maior adesão ao método.

## **A importância da participação no Método Canguru**

De forma primitiva os sentimentos diante do nascimento prematuro de seu filho, traz consigo sentimentos de receio e insegurança com universo da prematuridade, onde até então é desconhecido. Tal cenário coloca a figura paterna em ação sobre seu posicionamento em realizar o método, tendo consigo a clareza de sua importância na participação no MC, onde o pai carrega um papel fundamental de compromisso sobre os cuidados ao filho e apoio maternal, proporcionando um sentimento prazeroso de forma contínua<sup>14</sup>.

A utilização do método além de partir dos princípios da atenção humanizada, pode contribuir em diversos fatores, como: diminuição do tempo de separação dos pais com filho, favorecimento do controle térmico adequado para o recém-nascido, diminuição do risco de infecção hospitalar, propiciamento do aleitamento materno, melhora no relacionamento da família entre si e com a equipe de saúde, promoção do contato pele-a-pele, promoção ao crescimento e ao desenvolvimento, estímulo motor e cognitivo, redução o número de reinternações e otimização dos leitos de UTIN e de UCI, além do empoderamento do pai nos cuidados com o bebê prematuro<sup>13</sup>.

De modo geral, foi possível notar o reconhecimento dos pais acerca da influência do método na recuperação de seu filho. Os sujeitos foram questionados sobre a sua importância na participação do MC e obtiveram-se respostas como:



*É difícil precisar assim, porque eu não tenho os argumentos corretos, biológicos pra poder fundamentar isso, mas acredito que faça muito bem, tanto pra nossa relação, tanto pro pai quanto pro filho. (P10)*

*Assim, ao meu ver, é tão bom pra mim quanto pra criança. A criança vai ver que ela não está sozinha e não está desamparada. Pra mim é melhor porque eu sou o pai, e eu gosto da criança, minha forma de demonstrar meu afeto por ela. (P13)*

*Ah, ter mais contato com a criança né, ajuda no desenvolvimento. (P15)*

É de suma importância destacar que a figura paterna é considerada como fonte de apoio, possibilitando que o pai expresse seus sentimentos peculiares, transferindo maior fonte de vínculo e carinho para seu filho, sendo assim, fazendo-se necessário a efetivação de sua participação em maior espaço, se tornando tão relevante e presentes quanto a mãe<sup>6</sup>.

Percebeu-se que os pais em estudo já conseguem compreender essa relevância e a importância da presença no cuidado de seu filho, além disso, expressaram que sua participação beneficia não somente o RN mas também a si mesmo, como mostra as falas seguintes:

*Significou tá presente né, fazer o papel de pai ser tão equivalente quanto o da mãe pro neném. (P10)*

*O envolvimento um do outro né, tipo quando ele amamenta com a mãe, ele sente também, com o pai ele tem que sentir também, a mesma coisa né, aproximação. (P6)*

*Acho que a mesma coisa que com a mãe dele né [...] pai e filho [...] (P5)*

Dessa forma, o método se apresenta como uma estratégia que contribui para o desenvolvimento neuropsicomotor e fisiológico do bebê, favorecendo sua recuperação e melhora do seu quadro clínico<sup>9</sup>.

A atuação paterna nos cuidados de seu filho diante do MC, é de extrema importância tanto quando os cuidados maternos, onde os pais tem se demonstrado bastante interativo em promover a saúde e bem-estar do filho. Apesar do grande desafio de sua inclusão perante os fatores pessoais, sociais, culturais e institucionais, os benefícios que contempla sua inclusão ultrapassa de forma que seus sentimento de medo e incertezas sejam trabalhados e refletidos diante da dimensão que seu papel pode trazer como melhoria para recuperação de seu filho<sup>14</sup>.

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

A paternidade ainda continua sendo um grande desafio no cenário materno-infantil, principalmente no que diz respeito a sua inserção, ao conhecimento ainda pouco visto sobre os cuidados de um modo geral e sua importância para o binômio pai- filho. A partir deste estudo, pôde-se notar que a percepção do pai sobre o MC ainda é fragilizada, evidenciando a necessidade da orientação dos profissionais de saúde como forma de otimizar o



conhecimento e proporcionar, como visto diante dos relatos, uma maior confiança da figura paterna e sua inclusão na proposta de cuidado familiar ao RNPT.

A partir dessa fragilidade percebe-se que a implementação do MC ainda é um fator importante e este deve ser divulgado nas instituições que prestam assistência materno-infantil, com o intuito de favorecer e potencializar a participação do pai no cuidado ofertado e, conseqüentemente, um apoio para recuperação deste bebê. O conhecimento dos pais após orientação do método proporcionou reconhecimento e importância da aplicação, principalmente no que tange aspectos positivos nas dimensões biológicas, ambientais e no vínculo do binômio.

Para tanto, é preciso motivar a inclusão dos genitores neste momento de recuperação, bem como fortalecer suas percepções acerca dos benefícios e singularidades da aplicação do MC. Ademais, é preciso que os profissionais de saúde reconheçam e sejam participantes ativos neste processo de educação e inclusão do pai ao MC como ferramenta potencializadora da assistência ao recém-nascido.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Pohlmann FC, Kerber NPC, Viana JS, Carvalho VF, Costa CC, Souza CS. Parto prematuro: abordagens presentes na produção científica nacional e internacional. *Rev Enferm Global* [Internet]. 2016 [acesso em 2019 Fev 28]; 15(42): 398-409. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n42/pt\\_revision1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n42/pt_revision1.pdf)>.
2. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 204 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo\\_canguru\\_manual\\_tecnico\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf)>. [acesso em 2019 Fev 20]
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 195 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_recem\\_nascido\\_profissionais\\_v1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf)>. [acesso em 2019 Fev 20]
4. Venancio SI, Almeida H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *J. Pediatr* [Internet]. 2004 [acesso em 2018 Fev 13]; 80(5): 173-180. Disponível em: <<http://www.scielo.br/jped/v80n5s0/v80n5s0a09.pdf>>.
5. Gontijo TL, Xaier CC, Freitas MIF. Avaliação da implantação do Método Canguru por gestores, profissionais e mães de recém-nascidos. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012 [acesso em 2019 Fev 11]; 28(5):935-944. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n5/12.pdf>>.
6. Barcellos AA, Zani AV. Vivências do pai em face do nascimento do filho prematuro: revisão integrativa. *J. Health Biol Sci* [Internet]. 2017 [acesso em 2019 Mar 28]; 5(3): 277-285. Disponível em: <<http://periodicos.unichristus.edu.br/index.php/jhbs/article/view/1198/452>>.



7. Gil, AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <<https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>>.
8. Bardin, L. Análise de conteúdo. 4. ed. Lisboa: Edições70, 2010.
9. Moura, GN, Rodrigues, DP, Alves, VH, Vieira, BDG, Jesus, NC, Silva, LA. A vivência do método canguru – A percepção do pai: estudo descritivo exploratório. In: Anais da 74. Semana Brasileira de Enfermagem (SBEEn); 2013 maio 12-20; Niterói, Brasil. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Enfermagem; 2013. p. 370-373. Disponível em: <[http://www.abeneventos.com.br/anais\\_sben/74sben/pdf/271.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_sben/74sben/pdf/271.pdf)>.
10. Jesus, NC. A vivência do método canguru: a percepção do pai. Niterói. Monografia [Graduação em Enfermagem] – Universidade Federal Fluminense, 2012. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/4350/1/TCC%20Nat%C3%A1lia%20Carvalho%20de%20Jesus.pdf>>. [acesso em 2019 Jun 15].
11. Matos, MG, Magalhães, AS, Carneiro, TF, Machado, RN. Construindo o vínculo pai-bebê: a experiência dos pais. Psico-USF [Internet]. 2017 [acesso em 2019 Jun 21]; 22(2): 261-271. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4010/401052167007pdf.>>
12. Lamy, ZC. Metodologia Canguru: facilitando o encontro entre o bebê e sua família na UTI Neonatal. In: Moreira, MEL, Braga, NA, Morsch, DS. Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal [Internet]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 141- 156. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/rqhtt/pdf/moreira-9788575413579-15.pdf>>. [acesso em 2019 Jun 20].
13. Gesteira, ECR. Método Canguru: Benefícios e Desafios Experienciados por Profissionais de Saúde. Rev Enferm UFSM, [Internet]. 2016 [acesso em 2019 Jun 08]; 6(4): 518-528. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/20524/pdf>>.
14. Lopes, TRG, Santos, VEP, Carvalho, JBL. A presença do pai no método canguru. Rev Esc Anna Nery, [Internet]. 2019 [acesso em 2019 Jul 11];23(3): 1-5. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n3/pt\\_1414-8145-ean-23-03-e20180370.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n3/pt_1414-8145-ean-23-03-e20180370.pdf)>.

---

# Perfil epidemiológico dos casos de morte materna na cidade de Manaus por: causa, escolaridade e raça, no período de 2011 a 2015

| **Alexsandro Sampaio de Oliveira**  
UNILTONLINS

| **Dayson José Jardim Lima**  
CEULM/ ULBRA

| **Nadionara Costa Menezes**  
SEMSA

# RESUMO

**Objetivo:** Traçar o perfil epidemiológico da morte materna em Manaus, criando indicadores de sensibilidade. **Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico com finalidade quantitativa, com base na análise de dados secundários dos serviços de informações humanas governamentais como da própria Secretária Municipal de Saúde, utilizando para isto a experimentação randomizada num período compreendido entre 2011 a 2015, baseando-se na prevalência da saúde da população feminina, a presente pesquisa identificou grupos populacionais em risco de morte materna. **Resultados:** Nos anos de 2011 a 2015, registrou-se 136 casos de Morte Materna, permitindo-nos estabelecer indicadores de sensibilidade, quanto frequência e condição socioeconômica, estratificando-os da seguinte forma: Nível Educacional entre 8 e 11 anos estudados, com 38%; Prevalência Racial de 79% entre mulheres parda; as Mortes Maternas Obstétricas Diretas estão ocupando 55% dos casos, dividindo-se entre as doenças conhecidas como; Doença Específica da Gravidez e Infecção Puerperal. **Conclusão:** Conclui-se que a maioria da Mortes Maternas ocorreram por causas obstétricas diretas, ou seja, causas evitáveis podendo ser prevenidas com uma atenção de qualidade em todos os níveis de assistência à saúde. Observa-se a disparidade entre o número de gestantes na Faixa etária de 20 a 29 e Escolaridade entre 8 e 11 anos.

**Palavras-chave:** Mortalidade, Indicadores de Sensibilidade, Perfil Epidemiológico.



## ■ INTRODUÇÃO

A Morte Materna (MM) traz em seu conceito, o óbito da mulher durante o período gestacional, até 42 dias após o seu término, independentemente da duração ou localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada e agravada pelo estado gestacional, ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (VIANA JFS, 2004).

Morte materna obstétrica direta (MMOD), aquela resultante de complicações obstétricas, durante o estado gestacional, parto ou puerpério devidas em intervenções, omissões, tratamentos incorretos ou de uma sequência de eventos resultantes de qualquer uma dessas situações; e a Morte materna obstétrica indireta (MMOI), é aquela que resulta de doença preexistente ou que se agrave ou desenvolve durante o período gestacional, não devida a causas diretas, mas agravada pelos efeitos fisiológicos da gravidez (ONUBR, 2016).

A classificação da MM é definida em duas causas distintas a primeira em Morte Materna Obstétrica Direta (MMOD), que são complicações obstétricas no período gravídico, no parto ou puerpério e consequentes de doenças como; a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), Infecção Puerperal, anomalias gestacionais (gravidez ectópicas), bem como intervenções, omissões, tratamento incorreto ou ocorrência concomitante de qualquer uma dessas. A segunda se conceitua pela Morte Materna Obstétrica Indireta (MMOI) que resultada de doenças pregressas a gestação, como; doenças cardíacas, renais, insuficiência respiratória e virais, ou que se desenvolva neste período, agravando-se pelos efeitos fisiológicos da gravidez (SOUZA KV *et al*, 2011). A Organização das Nações Unidas do Brasil (ONUBR), classifica a Razão de Mortalidade Materna (RMM) do seguinte modo: RMM baixa, quando menor que 20 óbitos por 100.000 Nascidos Vivos (NV), RMM alta é classificada com valores entre 50 e 149 óbitos maternos e RMM muito alta a partir de 150 por 100.000 NV (BRASIL, 2012).

Estudo sobre a RMM realizado pelo Ministério da Saúde (MS) e Serviço de Vigilância em Saúde (SVS), aponta que a RMM passou de 143 óbitos por 100 mil NV, em 1990, para 70 óbitos por 100 mil NV no ano de 2010. Como principais causas MM, nos anos de 2000 a 2009 foram relacionadas: outras doenças obstétricas diretas que complicaram na gravidez, parto e puerpério (17,10%); eclampsia (11,88%); hipertensão gestacional com proteinúria elevada (6,22%); hemorragia pós-parto (5,86%); infecção puerperal (5,18%) e descolamento prematuro de placenta (4,28%). No Brasil, em 2014, foram registrados 1.552 MM, por 100 mil NV, com maior incidência nas regiões do Sudeste, com 540 MM, por 100 mil NV (BRASIL, 2015; MARTINS, SILVA, 2015).

A região norte do Brasil é a segunda área de maior prevalência de morte maternos e os locais de maior incidência são as maternidades públicas. O período de 2001 a



2010, houveram 6392 casos de morte de em mulheres na idade fértil em Manaus, desses casos, 241 foram classificados como MM, resultando em uma RMM de 63,2/100 000 NV. As MMOD representaram 162 casos (67,2%), enquanto as MMOI caracterizaram 62 casos (25,7%). As Morte Maternas Obstétricas Não Especificadas (MMNE) constituíram 17 casos (RAMOS SCS, 2013; CASTRO BMC, RAMOS SCS, 2016).

Tratando-se de Manaus, nos anos de 2011 a 2015 foram registrados pela SEMSA 212.585 NV e 135 casos de MM, dentre esses em seu acumulado podemos traçar como indicadores de sensibilidade os grupos mais atingidos, são eles; as Mulheres com escolaridade entre 8 a 11 anos de estudo e mulheres classificadas como pardas. As Morte Maternas Obstétricas Diretas (MMOD) estão ocupando o ápice dos casos. Os casos de MM que ocorrem no puerpério possuem pouca expressão com pouca representação de eventos no período tardio (SEMSA-MN, 2016).

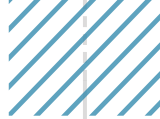
Muitos casos de MM podem ser prevenidos com simples intervenções como: planejamento familiar, melhor atendimento pré-natal, atenção adequada durante o trabalho de parto e no período pós-parto, essas medidas podem reverter o quadro de MM. Nesta perspectiva o acompanhamento gestacional é imprescindível para uma gestação saudável, ao parto seguro e conseqüentemente redução da mortalidade. A fim de exercer melhor controle sobre a RMM, o Ministério da Saúde (MS) determinou que os centros de saúde realizassem as notificações de MM através de suas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os dados referentes ao binômio mãe e filho fossem enviados aos Comitês Municipais de Prevenção do Óbito Materno e Infantil (CMPOMIF), em seguida inseridos a plataforma de acompanhamento do SUS (BRASIL, 2012; CASTRO BMC, RAMOS SCS, 2016, WINGERTER DG, 2012).

Apesar da grande relevância dos estudos sobre MM em nosso país, ainda são escassos a forma estratificada do estudo, há muito para se conhecer, especialmente em certas regiões do país. Assim, o objetivo do estudo foi revisar pesquisas anteriores relacionadas ao tema e avaliar os dados ecológicos dos sites governamentais e cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), a fim de criar marcadores que identifiquem os grupos de risco e traçar o perfil epidemiológico da morte materna em Manaus, criando indicadores de sensibilidade para isso.

## ■ MÉTODOS

A pesquisa tratou-se de um estudo ecológico com finalidades quantitativa, realizado de forma exploratória, que utilizou para suas análises, as bases de dados secundários dos serviços governamentais de informações humanas, como: DATASUS, SIM, SINASC e SAGE, além de dados fornecidos pela própria Secretária Municipal de Saúde de Manaus – SEMSA-MN, que aceitou o projeto por apreciação autorizando-o através da Gerência de

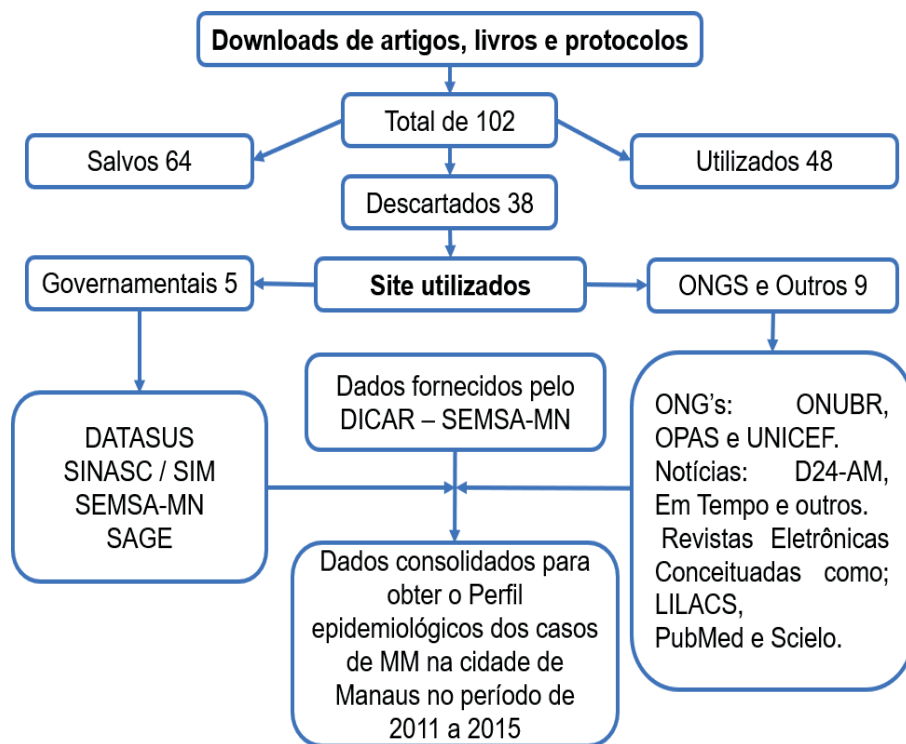




Gestão da Educação e Saúde, em janeiro de 2017, por parte dos profissionais avaliadores, que autorizaram o fornecimento de dados ecológicos referentes as Declarações de Óbitos (DO) e fichas de investigação de morte materna da cidade de Manaus, destes avaliou-se informações sociais e epidemiológicas das mortes maternas, como: causa, escolaridade e raça, os dados foram coletados, estratificados e interpretados de acordo com os preceitos legais vigente no país e de associações internacionais que lutam para a redução da MM.

A avaliação da pesquisa acompanhou o entendimento da comunidade científica nacional e internacional que vem descrevendo e compreendendo o fenômeno estatístico da Mortalidade Materna como um problema social e de saúde pública, para fins comparativos, utilizou-se também artigos científicos de revistas conceituadas, cuja as pesquisas realizaram-se nas bases de dados LILACS, pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); MEDLINE, via PubMed, Scielo entre outras, que trataram o tema da morte materna em suas diversas variáveis ao longo dos anos. A fim de analisar a prevalência da saúde da população feminina gestante ou no período puerperal da cidade de Manaus, utilizou-se de dados já disponíveis e eticamente aceitável, o estudo apurou e quantificou dados em um determinado período de tempo, compreendido entre janeiro de 2011 a dezembro de 2015, baseando-se na prevalência da saúde da população feminina (**Figura 1**), a presente pesquisa identificou grupos populacionais em risco de morte materna, para comprovação deste foram confeccionados, tabelas e gráficos afim de nortear os resultados das amostras sobre Morte Materna e suas principais causas de forma estratificada, sistemática e imparcial (PRESTES, 2008).

**Figura 1.** Esquema representativo das pesquisas.



Fonte: SESMA, 2017.



## ■ RESULTADOS

A Morte Materna é um indicador que reflete a qualidade do sistema de saúde como; o acesso aos serviços, a qualidade da atenção básica, a educação em saúde e a assistência especializada nos hospitais. Observamos através de nosso estudo e colocamos a divisão dos casos mostrados em números naturais e estratificados na **Tabela 1** abaixo, porém neste período as variações da classe de MM dividiu-se entre MMOI, MMOD e MMNE, respectivamente a MMOI apresentou 50 casos, cerca de 38%, a MMOD teve 72 casos totalizando 55% e a MMNE possuiu apenas 10 casos, detendo apenas 8% do total das MM em Manaus.

Tratando-se da MMOD os casos foram muito diversificados entre suas principais causas, entendemos que há prevalência das doenças relacionadas a Pressão Arterial, a Infecção Puerperal, e as relativas ao conjunto de doenças com a determinação no quadro de “Outras”, essas por finalidade são as complicações que podem ocorrer na gravidez, descritas através; da ruptura de útero, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, gravidez tubária entre outras complicações relacionada diretamente aos órgãos da mulher e ao efeito que a gravidez produz sobre eles, na apreciação do quadro observamos também que a causa definida como “Choque” possui uma estabilidade de 1 caso por ano, tendo em 2012 uma única elevação para 3 casos/ano e em 2013 com 2 casos/ano, tornando a estabilidade de 1 caso/ano a partir de 2014.

**Tabela 1.** Distribuição da Frequência de MMOD por CID 10 em Manaus no período de 2011 a 2015.

| Distribuição da Frequência de MMOD por CID 10 em Manaus no período de 2011 a 2015 |      |      |      |      |      |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|-----------|
| Causas da MM                                                                      | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | Acumulado |
| Infecção Puerperal                                                                | 6    | 1    | 0    | 3    | 0    | 10        |
| Outras Infecções                                                                  | 1    | 2    | 1    | 2    | 2    | 8         |
| D. Relacionadas a PA                                                              | 1    | 5    | 4    | 8    | 1    | 19        |
| Choque                                                                            | 1    | 3    | 2    | 1    | 1    | 8         |
| Outras                                                                            | 5    | 1    | 11   | 7    | 3    | 27        |
| Total                                                                             | 14   | 12   | 18   | 21   | 7    | 72        |

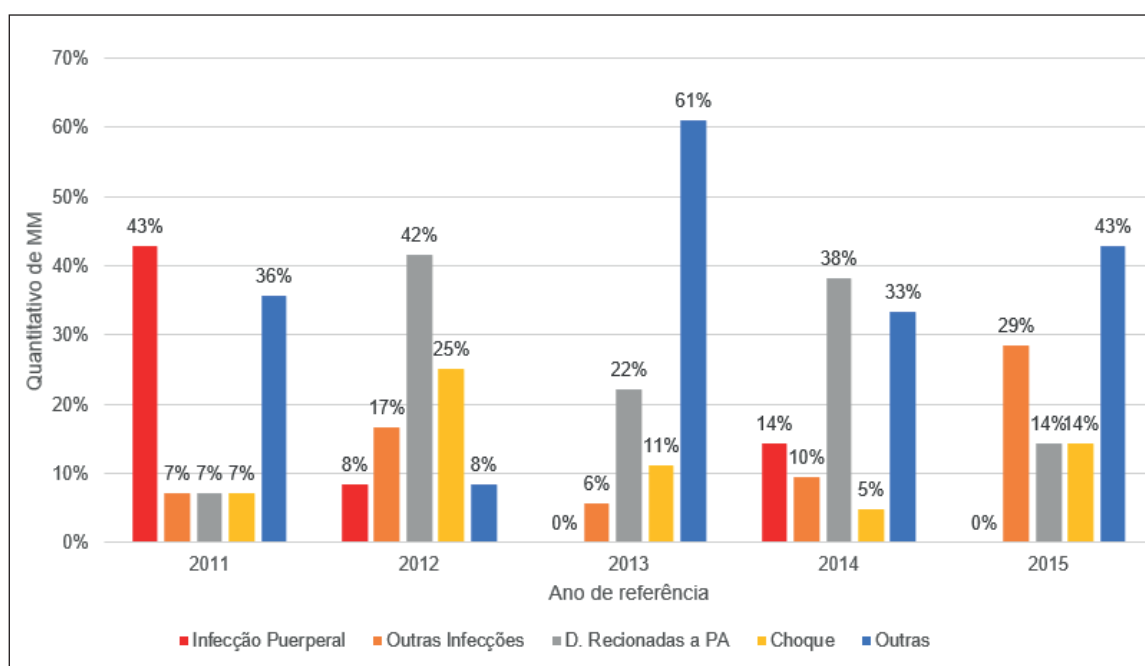
Fonte: SEMSA, 2017.

As denominadas “Outras Infecções” estão relacionadas com as infecções comunitárias, aquelas contraídas em seu meio de convivência comum, como a Infecção do Trato Urinário (ITU) e outra dessa natureza que agravadas colocam em risco o binômio mãe e filho. Em suma a grande maioria dos casos de MM ocorridas em Manaus são por causas obstétricas diretas e poderiam ser evitadas ainda na atenção básica, mais especificadamente no Pré-Natal.

Os dados relacionados ao Pré-Natal fornecidos pela SEMSA-MN, mostra no acumulado de 2011 a 2015 o exato número de 213.585 partos registrados na cidade e desses partos,

194.888 mulheres foram acompanhadas no Pré-Natal e 18.596 não acompanhadas, porém observou-se (**Tabela 1**) que o número de gestantes acompanhadas com mais de 7 consultas, ainda é insatisfatório, menos de 50% realizam o Pré- Natal de forma completa com no mínimo 7 consultas, esse número no programa de pré-natal tem grande relevância no estudos, pois muitas das etapas do Pré-Natal como exames realizados de acordo com o mês de gesta são negligenciados por muitas gestantes, nos levando a refletir quanto à qualidade da assistência, a capacidade dos profissionais, a estratégia utilizada para permanência da gestante ao programa, e a possibilidade de acompanhamento das gestantes frente suas necessidades básicas, entendendo que muitas trabalham e compõe renda familiar, quando não são as únicas provedoras da família.

**Gráfico 1.** Distribuição da Frequência percentual de MMOD por CID 10 em Manaus de 2011 a 2015.



Fonte: SEMSA, 2017.

Após a análise gráfica, no **gráfico 1**, podemos apreciar os valores percentuais ano a ano, observamos que a infecção puerperal, vem caindo significativamente, porém as doenças relacionadas a PA tendem a um leve crescimento exponencial discreto, o choque, que está relacionado ao período cirúrgico ou em decorrência dele como: choque hipovolêmico, anafilático ou séptico, apresentou variações significativas entre os anos de 2012 e 2015, apresentando seu ponto máximo em 2012 com 25% dos casos de MM e seu ponto mínimo em 2014 com 5% dos casos, já o conjunto de anomalias na gravidez, determinada no gráfico como “Outras” teve um crescimento alarmante e pode estar relacionado a gravidez na adolescência, porém, se o Pré-Natal ocorresse de forma categórica conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, a grande maioria dos casos poderiam ser evitados com o diagnóstico e tratamento precoce, se tratando das anomalias como gravidez ectópica, ruptura do útero,



placenta prévia e descolamento prematura da placenta poderiam ser identificados em seus estágios iniciais com um simples exame de ultrassonografia.

É relevante a observação dos dados que indicam desigualdades sociais, em especial os relacionados a escolaridade, pois segundo informações do Comitê Municipal de Prevenção do Óbito Materno e Infantil (CMPOMIF), o entendimento sobre prevenção, limpeza e autocuidado é melhor compreendido pelas famílias e gestantes com grau de ensino acima de 12 anos de escolaridade, nas fases gestacionais e no puerpério observamos que apenas 12% dessas mulheres veem a óbito, por essa razão entendemos que os casos de MM estão diretamente ligados ao conhecimento, devido ao entendimento sobre higiene, limpeza e necessidades. Porém vale ressaltar que ainda há muito casos de preenchimento inadequado das Declarações de Óbito (DO) nas zonas rurais da cidade de Manaus. Esses casos de preenchimento inadequado ou não preenchimento vem sendo combatido pelo comitê através de treinamento por Educação Continuada em loco e planos de ação voltados para excelência da assistência Pré-Natal e hospitalar, por meio de reuniões mensais e visitas aos postos de atendimento Pré-Natal e Hospitalares.

Em relação ao nível de escolaridade em anos de estudo das mulheres acometidas pela Morte Materna, consolidamos os dados fornecidos pela SEMSA-MN através do CMPOMIF e poderemos observar em números naturais e percentuais por ano e no acumulado do período, no **Tabela 2** abaixo a referência de que 38% das mulheres encontravam-se entre o ensino fundamental ou no início do ensino médio, o que não determina uma faixa etária abaixo de 18 anos, pois em áreas periféricas da cidade ainda é comum esse retardo no ensino, Observamos também que 27% das mulheres acometidas pela MM haviam terminado o ensino primário, 12% terminará apenas a alfabetização, um ponto crítico encontrado na pesquisa foram os 5% de mulheres que não possuíam registro de escolaridade e os 2% nunca houvera estudo, Apenas 12% dessas mulheres acometidas pela MM possuíam nível escolar entre o ensino médio, superior ou além dele. Entendemos com essa análise que o nível de instrução/escolaridade afeta negativamente os conceitos do autocuidado em saúde, higiene pessoal e necessidades básicas para o bem-estar social, a exemplo podemos citar a noção de conservação ambiental e a percepção da necessidade de atuação da indivíduo como cidadã em contextos sanitários coletivos, considerando em Manaus há muitas invasões com pouca urbanização.





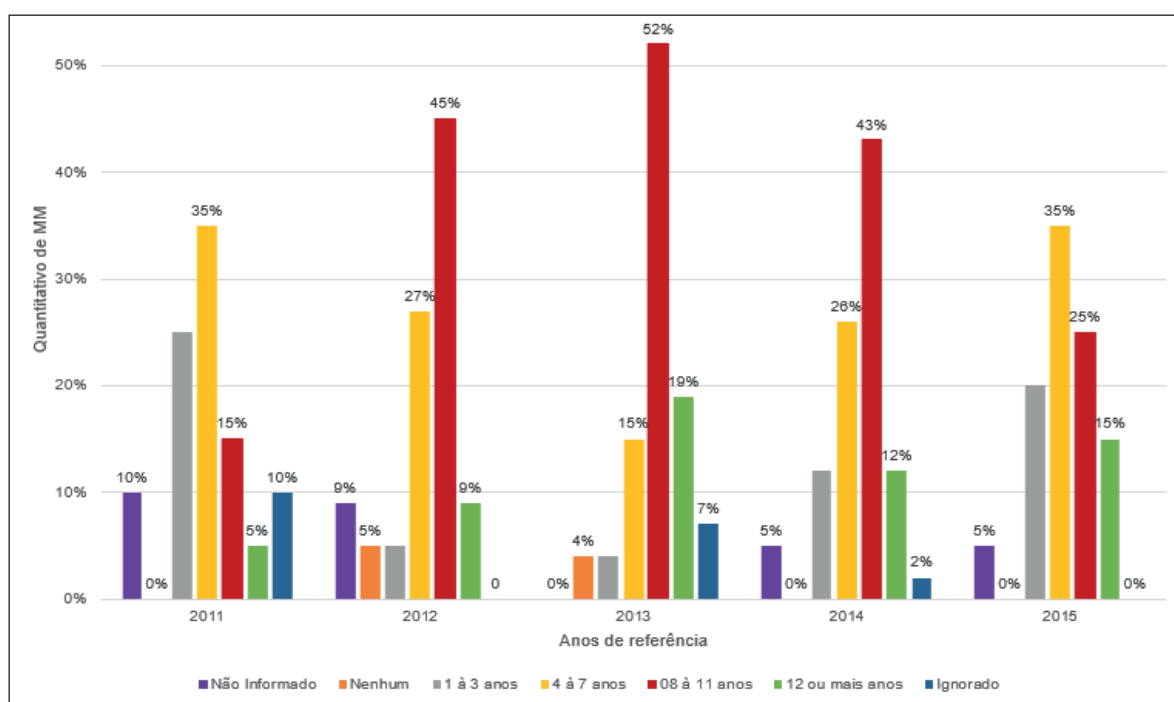
**Tabela 2.** Distribuição dos casos de MM por grau Instrução/Escolaridade Manaus de 2011 – 2015.

| Distribuição da Frequência de Morte Materna por Grau de Instrução/Escolaridade em Manaus/AM no período de 2011 a 2015 |      |     |      |     |      |     |      |     |      |     |       |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|-------|-----|
| Ano de                                                                                                                | 2011 |     | 2012 |     | 2013 |     | 2014 |     | 2015 |     | Total |     |
| Frequência                                                                                                            | N    | %   | N    | %   | N    | %   | N    | %   | N    | %   | N     | %   |
| Não Informado                                                                                                         | 2    | 10% | 2    | 9%  | 0    | 0%  | 2    | 5%  | 1    | 5%  | 7     | 5%  |
| Nenhum                                                                                                                | 0    | 0%  | 1    | 5%  | 1    | 4%  | 0    | 0%  | 0    | 0%  | 2     | 2%  |
| 1 à 3 anos                                                                                                            | 5    | 25% | 1    | 5%  | 1    | 4%  | 5    | 12% | 4    | 20% | 16    | 12% |
| 4 à 7 anos                                                                                                            | 7    | 35% | 6    | 27% | 4    | 15% | 11   | 26% | 7    | 35% | 35    | 27% |
| 08 à 11 anos                                                                                                          | 3    | 15% | 10   | 45% | 14   | 52% | 18   | 43% | 5    | 25% | 50    | 38% |
| 12 ou mais anos                                                                                                       | 1    | 5%  | 2    | 9%  | 5    | 19% | 5    | 12% | 3    | 15% | 16    | 12% |
| Ignorado                                                                                                              | 2    | 10% | 0    | 0%  | 2    | 7%  | 1    | 2%  | 0    | 0%  | 5     | 4%  |
| Total de casos                                                                                                        | 20   |     | 22   |     | 27   |     | 42   |     | 20   |     | 131   |     |

Fonte: SIAB, DATASUS, Manaus.

Observando o **gráfico 2** abaixo, podemos constatar que em Manaus a prevalência de mulheres atingidas pela Morte materna possuíam nível de escolaridade entre 8 e 11 anos de estudo, o que nos remete a entender que a grande maioria das mulheres vítimas da MM estão entre o final do ensino fundamental a meados do ensino médio, 27% das mulheres acometidas pela MM haviam terminado o ensino primário. Ao colocarmos em uma avaliação mais ampla a relação grau de instrução/escolaridade, podemos observar que as mulheres que nunca estudaram, não possuem registros, estudaram apenas o ensino primário e as que estudaram até o ensino fundamental ou início do ensino médio correspondem a 88% do total de mulheres acometidas pela morte materna, o que comprova a relação do autocuidado e grau de instrução/escolaridade.

**Gráfico 2.** Distribuição do Percentual de MM por grau Instrução/Escolaridade Manaus. 2011 - 2015.



Fonte: SEMSA, 2017.





A relação dos casos de Morte Materna entre as condições associadas, identificou-se iniquidades sociais relativas à escolaridade e raça com o predomínio de causas diretas de MM.

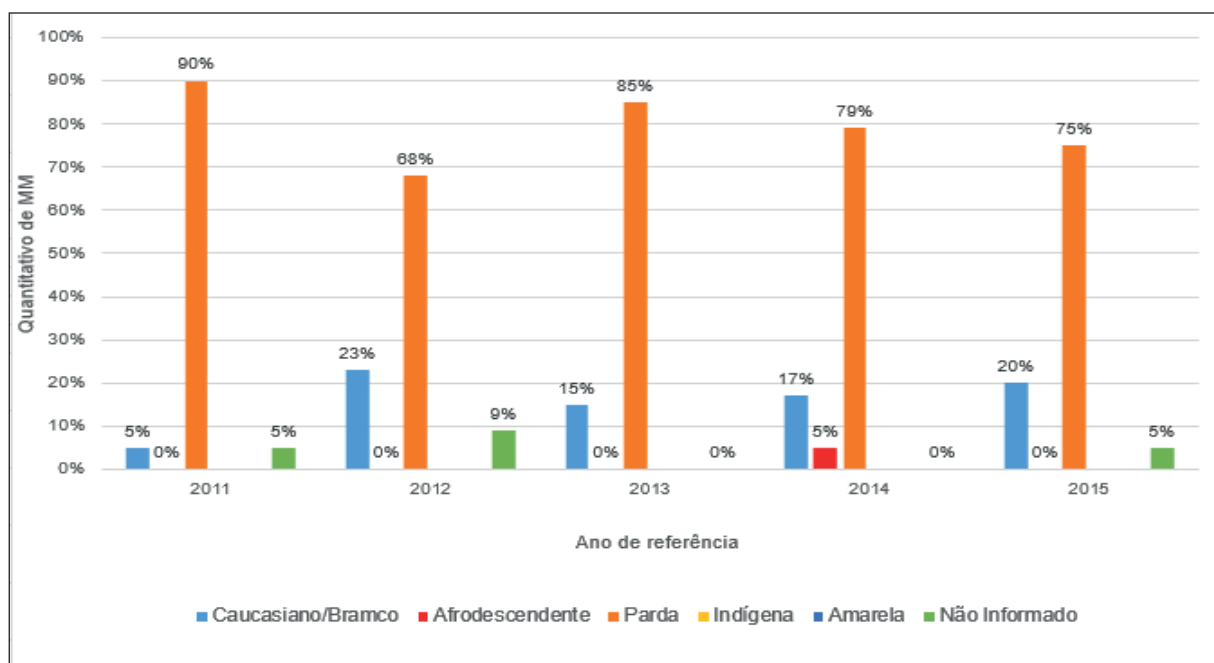
A análise feita no período de 2011 a 2015, identificou mulheres da raça parda com prevalência na evolução para Morte Materna, a raça pardas ocupou 79% desta população de mulheres acometidas com a MM, A população de mulheres caucasiano branca representam apenas 16%, a população afro brasileira ocupou apenas 2% dos casos na cidade de Manaus, 3% da população afetada por esse indicador não foram informadas, o que leva ao questionamento do preenchimento das Declaração de Nascidos Vivos (DNV), fato esse que vem sendo investigado pelo CMPOMIF, que já vem aplicando treinamentos e medidas para zerar esse indicador.

A população indígena e amarela não teve registros nessa série histórica, essas análises sobre a raça das mulheres acometidas pela MM, possuem condições que convergem com estes eventos na maioria das regiões brasileiras, esses percentuais variam de acordo com a composição de cor/raça predominante na região avaliada.

Frente a tal análise torna-se impreciso apontar a cor que apresenta maior risco em decorrência da intensa miscigenação racial na cidade de Manaus, este estudo observou a predominância da morte materna em mulheres pardas (79%). Esta evidência pode estar relacionada a miscigenação racial local, mas há um ponto importante a ser apontado nesse fenômeno, muitas mulheres se definem como pardas e alguns profissionais quando possuem dúvidas na classificação racial/cor dessas mulheres durante o preenchimento da DNV e da DO, as classificam como de cor parda. É importante essa observação frente a esses dados, para realização de treinamentos relacionados ao preenchimento das Declaração de Óbito (DO) ou Declaração de Nascido Vivo (DNV), esses pontos já vêm sendo discutido pelo CMPOMIF e colocado como ponto fundamental nos treinamentos e reuniões do comitê.



**Gráfico 3.** Distribuição do Percentual de Morte Materna por Raça em Manaus. 2011 - 2015.



Fonte: SEMSA, 2017.

Observando os gráficos 2 e 3 acima, podemos observar que em Manaus a prevalência mais atingida pela mortalidade materna respectivamente, é a raça parda e que o nível de escolaridade das mulheres atingidas por essa fatalidade concentra-se entre 8 e 11 anos de estudo, o que nos remete a entender que a grande maioria das mulheres vítimas da MM estão entre o final do ensino fundamental a meados do ensino médio. Frente a tal análise torna-se impreciso apontar a cor parda apresenta maior risco e essa predominância é decorrência da intensa miscigenação racial que a capital possui.

## ■ DISCUSSÃO

Em Manaus de janeiro de 2011 a dezembro de 2015, houve 131 casos de Morte Materna sendo 72 desses casos ou 55% relacionados a (MMOD), em segundo com 50 casos totalizando 38% do total de óbitos maternos está relacionado com a (MMOI), apenas 10 casos ou 8% desse total são classificados como (MMNE), o que sugere, que é necessário ampliação no processo de investigação. Os principais casos conforme o CID-10 estão relacionados no quadro 1 dessa pesquisa.

Segundo Ramos (2013), em seu estudo retrospectivo, apontou as principais causas de morte materna (MM), no Brasil, entre os anos de 2000 a 2009, foram por causas obstétricas diretas, com: (29%) eclampsia e hipertensão gestacional; (6,2%); hemorragia pós-parto (5,9%); infecção puerperal (5,2%); descolamento prematuro de placenta (4,3%). Em estudo comparativo entre as regiões do país observou que na região Norte, a principal causa de morte foi por eclampsia (16,18%). Um estudo sobre a análise de casos de mortes maternas,



em Manaus, nos anos de 2001 a 2010, identificou 241 casos de MM, correspondendo a RMM de 63,2 / 100 000 NV e percentuais de causas direta e indireta de, respectivamente, 67,2 e 25,7%, as causas de MM obstétricas diretas foram responsáveis por 162 casos e, as indiretas, por 62 casos. A maior proporção foi observada em mulheres com 4 a 7 anos de escolaridade (34,8%), de raça não branca (69,7%); com ocorrência predominante em hospitais públicos (72,2%) de Manaus/AM. A evolução da RMM aconteceu em dois picos nos anos de 2003 e 2009. As causas de MM direta foram predominantes, com maior ocorrência nos anos de 2001 e 2006. No período de 2001 a 2010, os indicadores das MM de Manaus/AM reproduziram o panorama característico de países em desenvolvimento.

Fazendo uma análise quanto ao quantitativo de casos, classe e as causas de Morte Materna, observamos que proporcionalmente, houve mais casos neste estudo de série histórica de 5 anos, do que no estudo de Ramos acima citado, que avaliou 10 anos, no entanto, a classe de MMOD prevaleceu com percentual equivalente em nosso estudo que apresentou 72 casos (55%), e, as causas com maior impacto na ocorrência dessas Morte Maternas mantiveram-se relacionadas a hipertensão gestacional, que em nosso estudo apresentou 19 casos, a infecção puerperal apresentou 10 casos, o choque 8 casos e os relacionados a outros tipos de patologias obstétrica diretas apresentou 27 casos registrados. Em relação as MM por causas indiretas, nosso estudo apresentou 50 casos (38%), dentre eles se destacam, as doenças do aparelho respiratório e circulatório complicadas pela gestação. Outro ponto em comum dos estudos, é que a grande maioria dos casos ocorreu no ambiente hospitalar, independente do período gravídico a maioria no ambiente público, conforme os registros do CMPMIF.

A evolução da RMM em Manaus apresentou comportamento diferenciado estatisticamente significativo, ao longo do período de 2011 a 2015. Considerando os índices de 2011, onde a RMM era 47,25. Em 2012 apresentou valor de 50,61, pequeno aumento, em 2013 a (RMM) tem um crescimento significativo alcançado o patamar de 64,84. Mas em 2014 com RMM de 98,11 o valor mais que dobrou em relação ao de 2011. Já em 2015 o valor da RMM voltou ao patamar de 47,23. Valor esse pouco abaixo no evidenciado em 2011. A MMOD predominou em todo o período, com maior pico nos anos de 2013 e 2014 e menor ocorrência em 2011 e 2015, conforme dados do CMPMIF. Em relação ao percentual de MMOI, observa-se maior pico em 2014 e 2015. Em 2011 e 2013 foram registrados os menores percentuais de MM por causa indireta. Às maiores taxas de morte maternas concentram-se em 2014, o ano de 2015 expressa os menores índices de MM neste estudo. Fato este relacionado à implantação de medida e de controle do CMPOMIF.

Em estudos similar, constatou-se que a baixa escolaridade correspondeu a 45,1% das MM no período, de 2001 a 2010, equivalendo-se de resultados já relatados em grandes





capitais do Brasil, como Recife e Rio de Janeiro, e outros. A escolaridade está fortemente associada a indicadores obstétricos negativos, que contribuem para elevação da ocorrência de MM em mulheres com baixo nível de instrução, muitos estudos brasileiros destacam a escolaridade como indicador das piores condições de vida e justiça social em país e reforça como grupo com maior risco para a mortalidade materna. (RAMOS, 2013). Em relação ao nível de escolaridade a pesquisa provou que, 38% das mulheres encontravam-se entre ensino fundamental ou o início do ensino médio, 27% haviam terminado o ensino primário, 12% terminará apenas a alfabetização, 5% não possuíam registro de escolaridade e 2% nunca houvera estudo, Apenas 12% dessas mulheres acometidas pela MM possuíam nível escolar entre o ensino médio, superior ou além.

A Morte Materna com maior prevalência nas bases inferiores da educação possui um entendimento simples, esse fenômeno se explica pela baixa escolaridade afetar negativamente a formulação de conceitos sobre os princípios do autocuidado em saúde. A relação entre o nível educacional e MM está ligada a noção de conservação ambiental e a percepção da necessidade de atuação da indivíduo como cidadã em contextos sanitários individuais e coletivos, como; limpeza, saneamento descarte de lixo e higiene coletiva, residência e pessoal. (CASTRO; RAMOS, 2016).

Outra variável analisada nessa pesquisa no período de 2011 a 2015 foi a raça das mulheres que evoluíram para Morte Materna, sendo que as pardas são as mais acometidas na cidade de Manaus, ocupando 79% desta do grupo atingido, a população de mulheres caucasiana branca representam 16%, a população afro brasileira ocupou apenas 2% dos casos, 3% da população afetada por esse indicador não foram informadas ou não possui registro na Declaração de Óbito, a população classificada como indígena e amarela não tiveram registro nessa série histórica, condição que converge com estes eventos na maioria das regiões brasileiras embora os percentuais variem de acordo com a composição de cor/raça predominante localmente. Uma importante observação frente a esses dados, é que em nossa região muitas pessoas se definem pardas e muitos profissionais ao preencher a Declaração de Óbito (DO) ou Declaração de Nascido Vivo (DNV), quando possuem algumas dúvidas quanto a raça, optam por registrar a cor parda.

Segundo Assayag (2015), esse dado pode ser compreendido pelo fato da maioria da população em Manaus ser classificada como parda, além do grande crescimento da população parda em todo o Amazonas.

Martins, (2004) relatou que em Manaus no ano de 2002 não houve casos de Morte Materna a mulheres Brancas, Mulheres negras e pardas tiveram 6 casos cada, as demais classificações de raça tiveram seus valores ignorados ou zerados, naquele ano houve 174.621 Nascidos vivos e a RMM ficou em 65,86. A autora levou em consideração que a





morte materna está relacionada aos agravos que afetam mais a população negra em decorrência da evolução das doenças ou agravadas pelo tratamento ineficaz e dificultado pela falta de acesso aos serviços básicos de saúde ou falta do mesmo.

Conforme Ramos (2013), em seu estudo realizado em Manaus no período de 2001 a 2010, foram registrados 241 casos de morte materna sendo que esses acometeram 54 mulheres Brancas 22,4%; Não Branca 168 casos 69,7%; porém houve a situação de dados classificados como; não informado com 19 casos 7,9% do total. Esse estudo não estratificou de forma isolada os casos de MM nas raciais indígenas, negras e pardas, somando todas essas em uma única categoria denominada Não Branca, outro dado importante foi a quantidade de casos que não foram registrados na DO ou DNV a classificação da raça da mulher acometida pela MM.

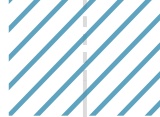
Entendendo que a MM está relacionada com o baixo nível de escolaridade e atinge mais a raça predominante do local, muitos autores concordam que quanto maior o nível de conhecimento, menor é a razão da morte materna, quanto maior o investimento em educação e atenção básica menor é o resultado da RMM no Brasil, porém a MM com relação a escolaridade e raças possui predominância local alta em Manaus e mantém-se ainda em níveis elevados, com diferença entre as regiões. Os dados indicam desigualdades sociais, especialmente relacionadas à escolaridade e cor da pele. (CASTRO e RAMOS, 2016; BRASIL, 2009; Souza *et al.*, 2008).

Soares *et al* (2008), afirmam que na gestação, a mulher passa por profundas transformações, não só físicas como também emocionais. É importante conhecer alguns destes aspectos, pois alguns sintomas podem ser acentuados ou aliviados em função da capacidade de compreender a gestação e entender as próprias emoções.

Se tratando do risco da MM e concordando com todos os autores citados nessa pesquisa destacamos que o indicador de MM é um dos maiores problemas da Secretaria de Saúde (SEMSA), assim como para sua população. Analisando todos os dados e informações adquiridas pelo CMPOMIF e demais estudos que dizem que entre 90 e 95% dos casos de MM poderiam ser evitados apenas com melhorias relacionadas às condições sociais e melhorias na qualidade da atenção básica, com a assistência à gestante durante o Pré-Natal, pré-parto, parto e puerpério.

Acreditamos que a pesquisa nos mostrou a Estratégia Saúde da Família (ESF) é responsável por garantir a adesão e a permanência das gestantes na rede de serviços relacionada a gestação, parto e puerpério. Quando não são alcançadas as metas da (ESF), muitas mulheres ficam expostas a situações de riscos, ou seja, à possibilidade para a ocorrência de óbitos materno, os programas já existem e são bem fundamentados pelo Ministério da





Saúde, porém ainda falta muito investimento na melhorias sociais como; saneamento básico, educação e principalmente em saúde, no que se refere a atenção básica.

## ■ CONCLUSÃO

O resultado desta pesquisa nos mostrou que em Manaus ocorreram 136 casos de morte materna em mulheres na idade fértil, e destes casos, 131 foram relacionados a morte materna obstétrica, dividindo-se entre as suas classificações com; 55% de MMOD, 38% de MMOI, entretanto a prevalência das doenças relacionadas a Pressão Arterial e a Infecção Puerperal, foram as causas que mais se repetiram dentro da classificação de MMOD, o quantitativo de partos não teve uma grande variação em seu total anual, porém esse valor está diretamente relacionado a RMM, que teve seu ponto máximo em 2014 com RMM de 98,11 e seus menores resultados permaneceram nos anos de 2011 e 2015, com média de 47,24 nesses dois anos. A pesquisa apontou ainda que 79% das mulheres acometidas pela morte maternas foram classificadas como pardas, quanto aos dados de escolaridade, observamos que a grande maioria das mulheres acometidas possuíam entre 8 a 11 anos de estudo, apresentando um percentual de 38%; o grupo de mulheres com o nível de escolaridade entre 4 e 7 anos ocupou um percentual menor, de 27% do total de MM. É importante compreender a maioria da população feminina de Manaus é, ou se classifica como parda, devemos levar em consideração que essa classificação também é subjetiva ao profissional que preenche a DO. Entendemos os óbitos por causas obstétricas diretas podem ser evitados, mediante melhoria da assistência às mulheres no Pré-Natal, parto e puerpério, isso nos leva a refletir quanto à qualidade da assistência oferecida, no tocante ao Pré-Natal e as estratégias para manter as gestantes vinculadas ao programa, observando o cenário da desigualdade social e econômica ainda muito presente em Manaus, que só se intensifica quando agregado à complexidade geográfica presente no município, mesmo com toda a dificuldade a redução da RMM apresentou valores estatisticamente significativo, ao longo do período 2011 a 2015. Esses resultados reproduziram as características do município de Manaus, contudo, todas as medidas tomadas em prol da redução do indicador de MM e, sobretudo, as estratégias propostas pelo CMPOMIF deverão refletir de modo positivo no panorama de controle de MM em Manaus/AM, necessitando para isso, apenas de maiores investimentos na saúde básica por parte do Ministério da Saúde e Município.

## ■ AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

A SEMSA-MN por ter colaborado com o fornecimento de dados para a pesquisa através do Departamento de Informação, Controle e Regulação (DICAR). Ao Centro Universitário



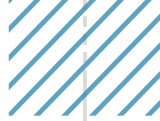


Luterano de Manaus – (CEULM/ ULBRA), Manaus – AM. Pela análise e aprovação do projeto em tempo hábil. Ao corpo docente da instituição, essenciais para o aprendizado e conclusão do mestrado em Saúde.

## ■ REFERÊNCIAS

1. ASSAYAG Y. Mais da metade da população do Amazonas é jovem, parda, mostra PNAD. Jornal Em tempo, 13 de novembro de 2015. Disponível em: <<http://d.emtempo.com.br/sem-categoria/48004/mais-da-metade-da-populacao-do-amazonas-e-jovem-e-parda-mostra-pnad>>. Acesso em 22 de outubro de 2017.
2. BRASIL. Portal Brasil. Mortalidade materna atingiu em 2011 menor índice dos últimos 10 anos, calcula Saúde. Portal Brasil. Publicado: 23/02/2012. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2012/02/ministerio-da-saude-preve-que-2011-tera-reducao-recorde-da-mortalidade-materna>. Acesso em 21 de outubro de 2016.
3. BRASIL; Ministério da Saúde; Conselho Federal de Medicina; Centro Brasileiro de Classificação de doenças. A declares de óbito: documento necessário e importante. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
4. BRASIL; Governo do Estado do Ceará; Secretaria de Saúde - SESA/CE. Informe Epidemiológico - Mortalidade Materna de 09 de julho de 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/Alexsandro/Downloads/informe\\_mortalidade\\_materna\\_junho\\_2015%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Alexsandro/Downloads/informe_mortalidade_materna_junho_2015%20(3).pdf). Acesso em: 16 de outubro de 2016.
5. CASTRO BMC, RAMOS SCS. PERFIL DE MORTALIDADE MATERNA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DA CIDADE DE MANAUS-AM. Santa Maria, v. 42, n.1, p. 103-112, jan. /jun. 2016. Manaus-AM, 2016.
6. CASTRO BMC, MOYSÉS RPC, AMORIM MF. COBERTURA DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E MORTALIDADE MATERNA: UMA ANÁLISE DE DADOS SECUNDÁRIOS NO MUNICÍPIO DE MANAUS-AM. Revista do Hospital Universitário Getúlio Vargas. v. 15, n. 1 (2016) / Manaus: Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2016.
7. ONUBR, Nações Unidas no Brasil. A ONU e o desenvolvimento. Disponível em <https://nacoesunidas.org/acao/desenvolvimento/>. Com acesso em 01 de outubro de 2016.
8. PRESTES MLM. A pesquisa e a construção do conhecimento científico. 3. ed., 1. reimp. São Paulo: Rêspel, 2008.
9. RAMOS SCS. ANÁLISE DE CASOS DE MORTES MATERNAS EM MANAUS NOS ANOS DE 2001 a 2010. UFAM. Universidade Federal do Amazonas. Manaus-AM, 2013.
10. SEMSA; Secretaria Municipal de Manaus. Área Técnica de Saúde da Mulher. Disponível em: <http://semsa.manaus.am.gov.br/>. Acesso em 05 de outubro de 2016.
11. SEMSA-Mn, Secretaria Municipal de Saúde. SITUAÇÃO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MANAUS – Relatório Executivo. Manaus, 26 de abril de 2013.





12. SILVA RVG. Doença Hipertensiva Específica da Gestação – Projeto de Intervenção para o trabalho com as gestantes do território da Estratégia Saúde da Família no Município de Pedra da Anta – Minas Gerais. UFMG, MG 2015.
13. SOARES VMN, AZEVEDO EMM, WATANABE TL. Subnotificação da mortalidade materna no Estado do Paraná. Brasil: 1991-2005. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2008.
14. SOUZA KV, ALMEIDA MRCB, SOARES VMN. PERFIL DA MORTALIDADE MATERNA POR ABORTO NO PARANÁ: 2003-2005. Esc Anna Nery Rev Enferm, dezembro de 2008.
15. SOUZA JP. Mortalidade materna no Brasil: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. Rev Bras Ginecol Obstet. 2011;
16. WINGERTER DG. ÓBITOS MATERNOS NO RIO GRANDE DO NORTE EM 2009 E A SUA EVITABILIDADE ANALISADA A PARTIR DA FERRAMENTA DE INVESTIGAÇÃO SIMWEB. XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Lindóia/SP – Brasil, novembro de 2012.
17. VIANA JFS. Óbitos Maternos por infecção Puerperal no período de 1998 a 2002 em Manaus - AM. UFAM – Universidade Federal do Amazonas / FMT – Fundação de Medicina Tropical do Amazonas. Manaus – 2004.



---

# Primeira visita domiciliar ao recém-nascido mediada por tecnologia assistencial para promoção da saúde infantil

| **Ginaina Catia de Prá Oliveira**

| **Márcia Helena de Souza Freire**  
UFPR

| **Daiana Kloh Khalaf**  
UFPR

# RESUMO

A visita domiciliar ao recém-nascido é uma intervenção complexa realizada em diversos contextos, que dentre outros benefícios à saúde neonatal e materna, contribui com a redução da morbimortalidade infantil. **Objetivos:** apresentar uma tecnologia assistencial para guiar o desenvolvimento da primeira visita domiciliar do recém-nascido e sua família. **Método:** Trata-se de uma pesquisa metodológica norteada pela Metodologia da Problemática com base no Arco de Maguerez. Participaram da pesquisa, desenvolvida em 2019, profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária à Saúde de um município do estado do Paraná. Após estruturação participativa da tecnologia no formato de formulário seguiu-se a análise e validação do conteúdo. **Resultados:** A Tecnologia ficou composta por seis blocos de informações sendo eles: identificação; antecedentes obstétricos; dados sobre o parto/mãe/puerpério; amamentação; recém-nascido; condição atual da criança; e dados complementares considerados pertinentes como sinais de telefones para contato e aprazamento de consultas. O valor de pontuação estabelecido pelo IVC foi de 1,00, tendo sido validado o conteúdo. A Tecnologia foi implementada na rotina do município para nortear a realização da primeira visita domiciliar ao recém-nascido. **Conclusão:** Tendo em vista as evidências dos benefícios da visita domiciliar ao recém-nascido, a aplicação da Tecnologia Assistencial tem potencial para favorecer o seu planejamento e condução dos profissionais de saúde na perspectiva da integralidade do cuidado, contribuindo para o reconhecimento dos sinais de alerta, a prevenção e, a promoção da saúde.

**Palavras-chave:** Visita Domiciliar, Saúde do Lactente, Saúde Materna, Atenção Primária à Saúde, Tecnologia.

## ■ INTRODUÇÃO

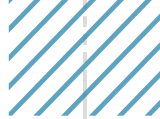
A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta a Visita Domiciliar (VD) como uma estratégia eficaz que contribui para a prevenção da morbimortalidade infantil, sendo recomendada ao Recém-Nascido (RN) e à sua família ainda na primeira semana de vida (WHO, 2013). Constitui-se como um procedimento aplicado na Atenção Primária em Saúde (APS), proposto por organizações nacionais e internacionais. No Brasil, conforme a Portaria nº 2.527 de 2011, a Atenção Domiciliar (AD) consiste em uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizando-se por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio (BRASIL, 2011).

A AD busca a garantia da continuidade de cuidados mediante a integração entre as Redes de Atenção à Saúde, contribuindo para eficácia da assistência com redução dos custos em saúde. Favorece o rompimento do profissional de saúde com o modelo centrado na doença, uma vez que privilegia a abordagem centrada no indivíduo, família e coletivo (WHO, 2013). Destaca-se, neste cenário, o papel da equipe de Saúde da Família (eSF) que também, a partir da VD, se baseia na realidade local para promover uma gama de ações individuais e coletivas de forma integrada, humanizada e interdisciplinar (CHIMBIDA E MEDEIROS, 2018).

Neste contexto há recomendação, na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), para que a VD seja realizada na primeira semana de vida do recém-nascido, ou logo após a alta hospitalar, no caso de egressos de internação em Unidade Neonatal (BRASIL, 2018). Já, no cenário de saúde do estado do Paraná, de acordo com as diretrizes contidas na Linha Guia Rede Mãe Paranaense, cabe à equipe de APS programar uma visita domiciliar precoce, até o quinto dia pós-parto para realizar a avaliação da mãe e do bebê. E, os objetivos da visita devem atender além da atualização do cadastro com o novo integrante da família, a prestação de orientações oportunas para atenção integral do RN e sua família (PARANÁ, 2015).

A VD representa uma modalidade especial de cuidado e, implantá-la constitui-se em uma tarefa que envolve diversos protagonistas no cenário da saúde, destaca-se, a necessidade do planejamento da equipe multiprofissional para proceder ao cuidado de forma adequada e segura (PARANÁ, 2015). Soma-se ao exposto o fato de que, a VD ao RN, favorece a prestação de serviço de saúde personalizado à população em suas casas e tem o potencial de mobilizar a comunidade e transmitir conhecimentos (LASSI *et al.*, 2014) elevando assim, a satisfação e a qualidade de vida das famílias (LUCENA *et al.*, 2018).

Entretanto, apesar da recomendação internacional de proceder-se à primeira VD ao RN na primeira semana de vida, não há padronização ou diretrizes implementadas



no Brasil para a condução da mesma, neste sentido, o estudo objetiva apresentar uma Tecnologia Assistencial desenvolvida para guiar a primeira VD ao RN.

## ■ MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de desenvolvimento metodológico, com abordagem mista (quanti-qualitativa), norteada pela Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez que atende a cinco etapas: 1<sup>a</sup>. Observação da realidade e elaboração da situação-problema; 2<sup>a</sup>. Definição dos pontos-chave; 3<sup>a</sup>. Teorização; 4<sup>a</sup>. Elaboração de pressupostos solução; e, 5<sup>a</sup>. Aplicação à realidade (BERDEL, 2012).

A pesquisa metodológica habitualmente desenvolve instrumentos envolvendo métodos complexos e sofisticados, incluindo o uso de modelos com abordagem mista. Trata de investigações dos métodos para obtenção e organização de dados na condução de pesquisas rigorosas, como o desenvolvimento, avaliação e validação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

O estudo foi realizado no período de janeiro a junho de 2019, em um Município localizado na região Central do Estado do Paraná, com população de 32.638 habitantes, em no ano do estudo. Este apresenta grande extensão territorial, incluindo localidades sem cobertura de equipes de Estratégias de Saúde da Família, as quais recebem atenção de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em 2019, este município contou com o nascimento de 468 crianças, das quais quase 8,0% apresentaram peso menor de 2.500 gramas; neste mesmo ano ocorreram 4 óbitos de criança menores de um ano de idade. Assim, o Coeficiente de Mortalidade Infantil em 2019 foi de 8,6, mas em 2020 foi de 12,7, acima da meta preconizada pelo Estado que é de apenas 1 dígito (BRASIL, 2021).

Para o desenvolvimento participativo da Tecnologia contou-se com 68 profissionais de saúde do cenário do município: médica pediatra; enfermeiros; e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), estes como os profissionais que, de acordo com a organização da saúde municipal, majoritariamente realizam a primeira visita domiciliar ao recém-nascido (PRÁ OLIVEIRA, 2019). As dificuldades e informações relevantes quanto a realização da primeira VD ao RN foram coletadas por meio de questionários individuais, posteriormente foram desenvolvidas oficinas fundamentadas em conteúdo científico evidenciado em uma Revisão Integrativa de literatura, o qual embasou teoricamente as oficinas e o desenvolvimento da Tecnologia Assistencial (PRÁ OLIVEIRA *et al*, 2020).

Após seu desenvolvimento, os campos e perguntas constantes da Tecnologia Assistencial foram submetidos e analisados por juízes especialistas no assunto, pois atuam na área de saúde materna e/ou infantil (PRÁ OLIVEIRA, 2019). Para tanto o instrumento foi organizado aplicando-se a escala tipo Likert, com três opções para cada pergunta ou campo





informativo do formulário da Tecnologia, a saber: (A) - adequada, (PA) - parcialmente adequada, ou (I) – inadequada. Este escalonamento permitiu a mensuração da concordância das pessoas a determinadas afirmações relacionadas na construção de um interesse (COLUCI; ALEXANDRE e MILANI, 2015).

A validação da Tecnologia ocorreu por meio do Índice de Validação de Conteúdo (IVC), sendo que os coeficientes do cálculo podem variar entre 0,00 a 1,00, e quanto mais elevados os valores, maior será a validade do critério. São desejáveis Coeficientes com valores de 0,70 ou mais, indicando a medida da congruência das opiniões dos especialistas (POLIT; BECK, 2011). Finalizada a validação a Tecnologia Assistencial para a primeira Visita Domiciliar ao Recém-nascido, obteve coeficiente 1,00, ou seja, foi plenamente validada (PRÁ OLIVEIRA, 2019).

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos sob o Parecer n. 2.923.134, CAAE 95618518.8.0000.0102, de uma instituição federal de ensino superior, em 27 de setembro de 2018.

## ■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

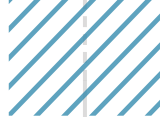
**A Tecnologia Assistencial para primeira visita domiciliar ao recém-nascido** foi composta com seis Blocos de Informações: 1. Identificação da mãe; 2. Antecedentes obstétricos; 3. Parto/Mãe/Puepério; 4. Amamentação; 5. Recém-Nascido; 6. Condição atual da criança. Além de espaços para inclusão de algumas informações adicionais, relacionadas ao aprazamento das consultas e os contatos telefônicos importantes seja para o procedimento de encaminhamentos e/ou frente a necessidade de informações (FIGURA 1). Na sequência são apresentados os blocos com as variáveis inseridas com as justificativas pertinentes.

**Bloco 1 – Identificação:** neste bloco além dos dados básicos como nome, data de nascimento, endereço e telefone, foram contempladas outras informações sociais da mãe a saber: a ocupação; escolaridade; renda; estado civil; e, religião.

Tem-se em vista que são situações que impactam no contexto familiar, na saúde, e nos cuidados com o RN. Sabe-se que a avaliação efetiva e sensível de uma população é importante para o entendimento das condições de saúde de uma sociedade. E, que as situações de desigualdade, relacionadas às condições socioeconômicas, como escolaridade da mãe, etnia e ao acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno, podem influenciar nos índices de mortalidade materna e infantil (PARANÁ, 2018).

**Bloco 2 -Antecedentes Obstétricos:** tais informações visam a vigilância em saúde. Deste modo, solicita-se o levantamento do histórico obstétrico, da presença de doenças e agravos, do histórico de imunização e, da estratificação de risco no pré-natal.





Para a melhoria da atenção na APS do Estado do Paraná, a Rede Mãe Paranaense estabeleceu a estratificação de risco com três classificações possíveis: Risco Habitual; Risco Intermediário; e, Alto Risco. A partir dessa identificação há um protocolo específico para oferta de atendimentos e exames, nos diversos níveis de atenção, visando atender as necessidades respeitando o princípio de equidade (PARANÁ, 2018).

Conhecer as singularidades, como as doenças específicas da gestação, prevalentes nesse território de atuação, e que caracterizam maior risco, é imprescindível para planejar e estabelecer os atendimentos necessários, objetivando a integralidade do cuidado para prevenção de intercorrências (PARANÁ, 2018).

Na perspectiva de prevenir, a imunização/vacinação é de suma pertinência, por mérito das vacinas muitas doenças, comuns no Brasil e no mundo, deixaram de ser um problema de saúde pública, e algumas patologias até erradicadas. O Brasil disponibiliza 19 vacinas para mais de 20 doenças, cuja proteção inicia nos RNs, podendo se estender por toda a vida (BRASIL, 2019a).





# PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA

SECRETARIA DE SAÚDE

UAPS: \_\_\_\_\_ PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

| IDENTIFICAÇÃO DA MÃE |                      |              |
|----------------------|----------------------|--------------|
| NOME:                |                      | TELEFONE:    |
| ENDEREÇO:            |                      | OCUPAÇÃO:    |
| DN:                  | IDADE:               | ESCOLARIDADE |
| ESTADO CIVIL:        | NOME DO COMPANHEIRO: |              |
| RENDAS:              | RELIGIÃO:            | ACS:         |

| ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS                           |                                                         |                                              |                                                          |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| GESTA:                                             | PARTO NORMAL:                                           | CESÁREA:                                     | ABORTO/NATIMORTO:                                        |
| DATA DO ÚLTIMO PARTO:                              | Nº FILHOS VIVOS:<br>Nº FILHOS MORTOS:                   | HISTÓRICO DE PREMATURIDADE:                  | DUM:<br>DPP:                                             |
| ANTITETANICA:                                      | HEPATITE B:                                             | DTPA:                                        | RISCO GESTACIONAL                                        |
| ____/____/____                                     | ____/____/____                                          | ____/____/____                               | <input type="checkbox"/> HABITUAL                        |
| ____/____/____                                     | ____/____/____                                          | INFLUENZA:                                   | <input type="checkbox"/> INTERMEDIÁRIO                   |
| ____/____/____                                     | ____/____/____                                          | ____/____/____                               | <input type="checkbox"/> ALTO RISCO                      |
|                                                    |                                                         | Nº DE CONSULTAS:                             | (_____)                                                  |
| AGRAVOS:                                           | <input type="checkbox"/> HIPO/HIPERTIROIDISMO           | <input type="checkbox"/> DEPENDÊNCIA QUÍMICA | <input type="checkbox"/> NATIMORTO                       |
| <input type="checkbox"/> DIABETES                  | <input type="checkbox"/> DST (_____)                    | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA           | <input type="checkbox"/> DEPRESSÃO                       |
| <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO               | <input type="checkbox"/> INFECÇÃO URINÁRIA<br>REPETIÇÃO | <input type="checkbox"/> OBESIDADE           | <input type="checkbox"/> BARIÁTRICA A MENOS DE 2<br>ANOS |
| <input type="checkbox"/> CIRURGIA<br>ÚTERO/VAGINAL | <input type="checkbox"/> DOENÇA AUTOIMUNE               | <input type="checkbox"/> MAIS DE 40 ANOS     | <input type="checkbox"/> OUTROS:                         |
| USO DE MEDICAÇÕES:                                 |                                                         |                                              |                                                          |

| PARTO / MÃE / PUERPÉRIO                                         |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                |                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| DATA PARTO: ____/____/____                                      | HORA:                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> NATURAL                                                                               | <input type="checkbox"/> CESÁREO <input type="checkbox"/> FÓRCEPS     |
| <input type="checkbox"/> ÚNICO <input type="checkbox"/> GEMELAR | SE PARTO VAGINAL:                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> EPISIOTOMIA                                                                           | <input type="checkbox"/> ESPONTÂNEO <input type="checkbox"/> INDUZIDO |
| LOCAL DE NASCIMENTO:                                            | ALOJAMENTO CONJUNTO:                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                      |                                                                       |
| COMPLICAÇÕES NO HOSPITAL:                                       |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                |                                                                       |
| APARÊNCIA:                                                      | <input type="checkbox"/> FELIZ <input type="checkbox"/> TRISTE <input type="checkbox"/> AGITADA <input type="checkbox"/> POUCO COMUNICATIVA <input type="checkbox"/> OUTROS: |                                                                                                                |                                                                       |
| POSSUI APOIO FAMILIAR? QUEM?                                    | ALIMENTAÇÃO:                                                                                                                                                                 | SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                              |                                                                       |
| COMPLICAÇÕES NO DOMICÍLIO:                                      |                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> FEBRE <input type="checkbox"/> SANGRAMENTO INTENSO <input type="checkbox"/> DOR ONDE? |                                                                       |
| DATA DA CONSULTA PUERPERAL: ____/____/____                      |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                |                                                                       |

| AMAMENTAÇÃO                                                                                 |                                             |                                |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| ALEITAMENTO:                                                                                | <input type="checkbox"/> LEITE MATERNO (LM) | <input type="checkbox"/> MISTO | <input type="checkbox"/> ARTIFICIAL |
| A CADA QUANTAS HORAS?                                                                       | DURAÇÃO DA MAMADA?                          | PEGA CORRETA?                  | SENTE O LEITE DESCER?               |
| MAMA EMPEDRADA?                                                                             | MAMILO INVERTIDO?                           | MAMILO MACHUCADO?              | MASTITE?                            |
| POSSIBILIDADE DE DOAÇÃO DE LEITE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |                                             |                                |                                     |

**ORIENTAÇÕES PARA AS MÃES NUTRIZES:** lavar as mãos; sentar-se confortavelmente, com suporte para suas costas e braços; limpar o bico e aréola com o próprio leite; apoiar a criança mantendo sua barriga em contato com a barriga da mãe e nuca do bebê apoiada no cotovelo da mãe; ofertar uma mama até o esvaziamento (se este ocorrer), depois trocar de mama; o bebê mamará quanto for necessário para ficar satisfeito; duração média de mamada em torno de 15 a 20 minutos ou mais; a oferta do leite materno é livre, de acordo com o bebê mas, oriente para que não ultrapasse 3 horas de intervalo entre as mamadas (pode fazer baixa de açúcar no sangue e ficar sonolento).

| RECÉM-NASCIDO                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                 |                                           |  |                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                   |  |
|--------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| NOME: _____                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                 |                                           |  |                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                   |  |
| <input type="checkbox"/> VIVO <input type="checkbox"/> MORTO |  | SEXO: _____                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                 | APGAR: 1º MIN: _____                      |  | 5º MIN: _____                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                   |  |
| <input type="checkbox"/> PRÉ-TERMO                           |  | <input type="checkbox"/> À TERMO                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                 | <input type="checkbox"/> PÓS-TERMO        |  | Nº DE SEMANAS: _____                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                   |  |
| PESO: _____                                                  |  | ALTURA: _____                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                 | PC: _____                                 |  | PT: _____                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                   |  |
| DATA DA ALTA: ____/____/____                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                      | ONDE: <input type="checkbox"/> ENFERMARIA <input type="checkbox"/> UTI<br>FICOU INTERNADO _____ |                                           |  |                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                   |  |
| REGISTRO DE NASCIMENTO:                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                      | MOTIVO: _____                                                                                   |                                           |  |                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                   |  |
| <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO |  |                                                                                                                                                                                                                                      | VACINAS: BCG ____/____/____ HEPATITE B ____/____/____                                           |                                           |  |                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                   |  |
| SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO:                                      |  | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                                                                         |                                                                                                 | OUTRAS VITAMINAS: _____                   |  | TESTE DA LINGUINHA:                                                                                                                                                                                        |  | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO                                                                                      |  |
| TESTE DO PEZINHO                                             |  | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                                                                         |                                                                                                 | COLETADO COM QUANTAS HORAS DE VIDA: _____ |  | TESTE DO OLHINHO                                                                                                                                                                                           |  | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO                                                                                      |  |
| TESTE DO CORAÇÃOZINHO                                        |  | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                                                                         |                                                                                                 | RESULTADO: _____                          |  | TESTE DA ORELHINHA                                                                                                                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO                                                                                      |  |
| CONDIÇÃO ATUAL DA CRIANÇA                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                 |                                           |  |                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                   |  |
| HIGIENE                                                      |  | <input type="checkbox"/> BOA<br><input type="checkbox"/> RUIM                                                                                                                                                                        |                                                                                                 | FREQUÊNCIA DO BANHO: _____                |  | TROCA DE FRALDA                                                                                                                                                                                            |  | FREQUÊNCIA? _____<br>USA LENÇO? _____<br>TIPO? _____<br>ASSADURA? _____                                                                           |  |
| URINA QUANTAS FRALDAS TEM XIXI NO DIA?                       |  | MENOS DE 4X AO DIA ENCAMINHAR                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                 | FEZES INTERVALO? _____ VEZES POR _____    |  | COR OLHAR CADERNETA E ORIENTAR                                                                                                                                                                             |  | <input type="checkbox"/> NORMAL<br><input type="checkbox"/> SUSPEITA*                                                                             |  |
| UMBIGO                                                       |  | <input type="checkbox"/> LIMPO<br><input type="checkbox"/> COM CURATIVO<br><input type="checkbox"/> CHEIRO FORTE*<br><input type="checkbox"/> SECREÇÃO*<br><input type="checkbox"/> QUENTE*<br><input type="checkbox"/> VERMELHIDÃO* |                                                                                                 | FEBRE: TEMPERATURA AXILAR ACIMA DE 37,8°C |  | <input type="checkbox"/> SIM*<br><input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                                              |  | GEMÊNCIA: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM* ENCAMINHAR URGENTE                                                           |  |
|                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                 | CHORO:                                    |  | <input type="checkbox"/> ININTERRUPTO*<br><input type="checkbox"/> CHORO BAIXO/<br><input type="checkbox"/> FRACO*<br><input type="checkbox"/> NORMAL                                                      |  | COR DO BEBÊ: <input type="checkbox"/> ROSADO <input type="checkbox"/> AMARELO* <input type="checkbox"/> PÁLIDO* <input type="checkbox"/> AZULADO* |  |
| VÔMITO                                                       |  | <input type="checkbox"/> NÃO<br><input type="checkbox"/> SIM* ENCAMINHAR                                                                                                                                                             |                                                                                                 | ONDE DORME: _____                         |  | <b>SINAIS DE ALERTA:</b> Alteração na cor da pele; Recusa alimentar; Gemidos; Vômitos importantes; Choro persistente e inconsolável; Dificuldade respiratória; Convulsões; Febre ou Hipotermia (< 35,5°C). |  |                                                                                                                                                   |  |

| APRAZAMENTO DE CONSULTAS: |                | CONTATOS IMPORTANTES:              |  |
|---------------------------|----------------|------------------------------------|--|
| ATÉ O 10º DIA             | ____/____/____ | TRANSPORTE MUNICIPAL: 192          |  |
| 1 MÊS                     | ____/____/____ | BOMBEIROS (EMERGÊNCIA): 193        |  |
| 2 MESES                   | ____/____/____ | CENTRO DE SAÚDE (POSTÃO): 36463722 |  |
| 3 MESES                   | ____/____/____ | UAPSF: 36464978                    |  |
| 4 MESES                   | ____/____/____ | ESF CENTRO: 36462791               |  |
| 5 MESES                   | ____/____/____ | ESF SÃO BASÍLIO: 36462842          |  |
| 6 MESES                   | ____/____/____ | ESF MARISTELA: 36461871            |  |
| 9 MESES                   | ____/____/____ | ESF SANTA REGINA: 36461818         |  |
| 1 ANO                     | ____/____/____ | ESF PLANALTO: 36465816             |  |

DÚVIDAS: \_\_\_\_\_

\* = ALTERAÇÕES PERCEBIDAS OU RELATADAS. VOCÊ DEVERÁ COMUNICAR À ENFERMEIRA IMEDIATAMENTE PARA AS PROVIDÊNCIAS.

**Bloco 3 Parto/Mãe/Puerpério:** as informações relacionadas a este segmento foram elencadas iniciando-se pelo tipo de parto e possíveis complicações relacionadas a ele, tendo em vista que muitos agravos à saúde do RN possuem direta relação com o parto e



as primeiras 72 horas do período de pós-parto imediato, conduzidos no ambiente hospitalar (BRASIL, 2012).

Algumas das complicações pós-parto estão associadas à via de parto, em um estudo realizado no Sul do Brasil que indicou um risco 56% maior de complicações precoces em partos cirúrgicos, apresentou em sua amostra 44% dos partos cesariano, quase metade (MASCARELLO *et al.*, 2018).

Nos partos cirúrgicos há maior probabilidade de infecção pós-parto, sendo 79% maior o risco de infecção urinária. Já o parto normal apresentou maior probabilidade para presença de hemorroidas (MASCARELLO *et al.*, 2018). Atenta-se para a recomendação da OMS, desde 1985, para que a proporção de cesariana seja de 15% do total de partos (WHO, 1985).

Já a condição da mãe e sua saúde refletem diretamente na do RN, assim o atendimento do neonato durante a primeira VD exige primeiramente um olhar atento para as condições da saúde materna. O puerpério é um período difícil, de readaptação da mulher/mãe/puérpera, tanto em relação ao bebê quanto às modificações em seu corpo (ACOSTA *et al.*, 2012), o que demanda suporte familiar/social.

Cabe aos profissionais de saúde, na primeira VD, um olhar holístico para a puérpera, e neste sentido, entre outras observações, atentar-se para sinais de Depressão Pós-parto (BRASIL, 2012), abordados na Tecnologia nos campos de aparência da mãe, referenciando esta aparência a alguns sentimentos.

A alimentação deve também ser questionada, apesar dos preceitos científicos para uma alimentação saudável serem bastante difundidos e reconhecidos como essenciais às demandas nutricionais no puerpério e para a lactação (BAIÃO; DESLANDES, 2006). Assim como, devem ser investigadas as alterações de humor materno, relacionadas à dieta perinatal no pós-parto (BOLTON *et al.*, 2017), alguns costumes acabam por ser repassados e restringem severamente a dieta da puérpera. A suplementação de sulfato ferroso é indicada até três meses pós-parto, para prevenção de anemia (BRASIL, 2013).

Recomenda-se a verificação das principais intercorrências possíveis no puerpério, como: alterações emocionais; hipertensão; febre; dor em baixo-ventre ou nas mamas; presença de corrimento com odor fétido; sangramentos intensos. Na vigência, de alguma dessas alterações é indicada a solicitação de avaliação médica imediata (BRASIL, 2006).

**Bloco 4 Amamentação:** O aleitamento materno é uma estratégia de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança, constitui-se na mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Há inúmeras evidências científicas a respeito da superioridade do leite materno em contraposição às fórmulas para bebês (EMIDIO *et al.*, 2021). O aleitamento materno, portanto, se constitui em um dos cuidados básicos que devem ser incentivados a todos os RNs WHO, 2009.





A amamentação é vital para a saúde, protege os RNs de infecções e salva vidas. Conhecer os aspectos relacionados à prática do aleitamento materno é fator fundamental, para que mãe e criança tenham êxito e vivenciem a amamentação de forma efetiva (EMIDIO *et al.*, 2021).

Um dos itens contemplados na Tecnologia diz respeito à doação de leite, este foi sugerido por uma das juízas por sua relevância. Sabe-se que quase dois milhões de bebês foram beneficiados com a doação de leite materno no Brasil, nos últimos dez anos, um frasco de leite doado pode alimentar dez bebês. O leite materno doado aumenta a probabilidade de sobrevivência de RNs prematuros internados que o recebem, pois é o alimento mais adequado, superior a qualquer outro leite, e aumenta a imunidade do bebê (BRASIL, 2019b).

**Bloco 5 Recém-nascido:** como a idade gestacional é determinante para maturidade fisiológica, saber da mesma é essencial para avaliar o risco do RN e raciocinar sobre suas demandas. Anualmente nascem no mundo cerca de 20 milhões de RNs de baixo peso, muitos em consequência da prematuridade, que está estreitamente relacionada à morbimortalidade (BAYSOY *et al.*, 2021).

Quando o nascimento ocorre com 37 semanas de gestação ou mais, o bebê é considerado a termo e, usualmente, tem boa vitalidade, possui capacidade de sucção e controle térmico, em geral, têm mais de 2.000gr, e Apgar acima de 7 (sete) já no 1º minuto (BRASIL, 2012). E, as crianças com Apgar inferior a sete na avaliação do 5º minuto serão considerados de alto risco na estratificação, e demandarão por atenção especial tanto no hospital como no referenciamento à APS, assim como, no monitoramento do risco (PARANÁ, 2018).

Quanto à idade gestacional deve ser considerada pois implica no risco da criança. Os bebês com baixo peso ao nascer, particularmente aqueles que nascem pré-termos/prematuros, precisam de cuidados adicionais para sobreviver e permanecer saudáveis (BRASIL, 2012b).

A Triagem Neonatal constitui-se como Protocolo no Estado do Paraná, assim como nos demais estados brasileiros, assim são realizados os testes do Pezinho, da Orelhinha, da linguinha do Olhinho e do Coraçãozinho (PARANÁ, 2018).

**Bloco 6 Condição atual da criança:** pesquisas têm mostrado que as famílias têm dificuldades em reconhecer sinais de doenças nos RN, sobretudo na primeira semana de vida. A VD ajuda, mediante orientações e apoio, as famílias na identificação precoce dos problemas, bem como, para lidar com as restrições e para a busca por atendimentos apropriados (WHO, 2013).

Constituem-se como sinais de alerta para ameaça à saúde do RN, os seguintes: cianose ou palidez importante; recusa alimentar; gemidos; vômitos importantes; irritabilidade ou dor à manipulação; tiragem subcostal; batimentos de asas do nariz; fontanela abaulada; secreção purulenta no ouvido ou no umbigo; letargia ou inconsciência; febre (temperatura





axilar  $> 37,5^{\circ}\text{C}$ ); hipotermia (temperatura axilar  $< 35,5^{\circ}\text{C}$ ); frequência cardíaca  $< 100$  bpm; frequência respiratória  $> 60$  mpm; pústulas extensas na pele; icterícia visível abaixo do umbigo; e, convulsões ou apnéia (PARANÁ, 2018).

Entende-se também que são essenciais para a saúde do RN a condição de higiene e, os cuidados com o banho e a temperatura da água, são essenciais para a prevenção da hipotermia ou de queimaduras (BRASIL, 2011).

Precisam ser observadas com atenção as eliminações de urina e fezes. A frequência e aspecto podem indicar algum problema de saúde, deve-se também atentar para a troca de fraldas, a higienização íntima que se associa ao risco de infecções e de assaduras (PARANÁ, 2018).

O coto umbilical deve ser mantido limpo e seco, utilizando-se álcool à 70% na higienização, ele é inicialmente gelatinoso, seca progressivamente, mumificando-se perto do 3º ou 4º dia de vida, e costuma desprender-se do corpo em torno do 6º ao 15º dia (BRASIL, 2011). O mau odor, secreção, inflamação ou vermelhidão na pele ao redor do coto umbilical indicam de infecção e demandam atendimento (PARANÁ, 2018). Valores culturais influenciam as práticas de cuidados e revestem comportamentos que arriscam a infecção do coto umbilical, neste sentido, as ações de educação em saúde são fundamentais para mudanças de comportamentos favorecendo um cuidado seguro, com consequente prevenção de onfalites (LINHARES *et al.*, 2017).

O local onde o bebê dorme é relevante e deve ser questionado e avaliado. Problemas ou situações inadequadas com a cama, as cobertas e os travesseiros podem ocasionar a sufocação do recém-nascido enquanto dorme. Recomenda-se que o mesmo seja colocado em um berço que esteja livre de objetos soltos que possam sufocá-lo. O compartilhamento da cama com os pais não é indicado, devido ao risco de possíveis acidentes enquanto pais e filho dormem (SBP, 2019).

O aprazamento de consulta de puericultura foi ajustado conforme preconizado na Linha Guia Mãe Paranaense (PARANÁ, 2018), adotada no Município. Os telefones de contato das unidades de atendimento e de urgência foram disponibilizados no formulário para facilitar as comunicações necessárias.

No cenário da pesquisa o ACS caracteriza o principal contato da unidade de saúde com a puérpera e o RN, cerca de 70% deles responderam ser o único profissional a realizar a VD, sendo que em sua ausência ninguém mais abordará a família. Uma realidade, que mesmo sendo analisada como insatisfatória, é encontrada nos países em desenvolvimento, nos quais há carência de outros profissionais. Neles, o ACS ou até mesmos voluntários treinados, tornam-se uma das únicas possibilidades para a realização da primeira abordagem





em tempo oportuno ao RN e sua família (TOMLINSON, 2014; LASSI *et al.*, 2014; ANSAH MANU *et al.*, 2014; KOZUZI *et al.*, 2015; PITT *et al.*, 2016; AMARE *et al.*, 2018).

No estudo em apresentação, as dificuldades encontradas pelos ACS variam significativamente quando comparados seus contextos de trabalho. Os profissionais da área rural, tendem a apontar como impeditivos aspectos como a chuva, a distância e, o acesso, características comuns ao meio rural. Outras dificuldades elencadas foram a falta de transporte e, majoritariamente, a falta da notificação do nascimento, e a mudança para casa de parentes.

A ocorrência da falta de transporte se assemelha com achados internacionais no âmbito das barreiras para a realização da VD (AMARE *et al.*, 2018; CHEN *et al.*, 2014) e, a falta da notificação do nascimento fere a preconização estadual no Paraná, pois a Linha Guia apresenta como responsabilidade do hospital notificar o nascimento (PARANÁ, 2018).

Enquanto potencialidades do trabalho multidisciplinar foi apontado que o agente da comunidade possuiu comunicação próxima com os membros da comunidade, embasando pelos demais profissionais da equipe, fato que pode ser muito esclarecedor. Entretanto nem todos os ACSs possuem equipe de referência próxima, ou com possibilidade de comunicação frequente, para estes, o suporte da Tecnologia Assistencial desenvolvida viabiliza a assistência e a vigilância, como maior segurança para as famílias.

## ■ CONCLUSÃO

Os estudos demonstraram que há lacunas na padronização científica para proceder à VD ao RN e sua família, todavia há evidências dos efeitos positivos na saúde materna e neonatal a partir da aplicação desta estratégia.

A aproximação dos profissionais de saúde ao RN e sua família através da VD promove o fortalecimento de vínculo com as equipes de saúde e, melhora a utilização dos serviços de saúde para acompanhamento e prevenção, reduzindo as internações por complicações e as consultas de urgência.

Existem barreiras e dificuldades apresentadas pelos profissionais de saúde de cenário da pesquisa para a realização da VD que se assemelham aos diferentes contextos, como: a falta de profissionais; a falta de conhecimento dos profissionais; dificuldade de acessibilidade em algumas localidades; falta de transporte; e, a falta da notificação do nascimento para que os visitantes procedam a VD.

Acredita-se que a abordagem da VD apoiada pela Tecnologia Assistencial desenvolvida com base em literatura científica agregando a experiência dos profissionais de saúde da atenção primária, possibilitará a promoção da saúde e a prevenção de agravos, favorecendo a educação em saúde para a realização dos cuidados, e a vigilância dos sinais de alerta, com orientação para encaminhamentos de RNs em situação de risco.







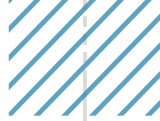
A Tecnologia Assistencial pode ser utilizada por qualquer categoria do profissional de saúde que realiza a primeira VD ao RN, principalmente o ACS, pois, visa a garantia de uma atenção mínima aos fatores mais significativos e seus agravos, a promoção da saúde e, a prevenção dos agravos mórbidos. E, sobretudo a prevenção da morte infantil evitável.

## ■ REFERÊNCIAS

1. AANSAH MANU, A.; ASBROEK, A. T.; SOREMEKUN, S.; GVAN, T.; WEOBONG, B.; TAWA-IH-AGYEMANG, C., et al.. **Evaluating the implementation of community volunteer assessment and referral of sick babies: lessons learned from the Ghana Newhints home visits cluster randomized controlled trial**. Gana-África, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25274636>> Acesso em: 09 mar. 2019.
2. ACOSTA, D. F.; GOMES, V. L.; KERBER, N. P.; COSTA, C. F.; **Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas**. São Paulo, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000600007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600007)> Acesso em: 29 jul 2018.
3. AMARE, Y.; SCHEELBEEK, P.; SCHELLENBERG, J.; BERHANU, D.; HILL, Z.; **Early postnatal home visits: a qualitative study of barriers and facilitators to achieving high coverage**. Etiópia, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30157816>>. Acesso em: 12 mar. 2019.
4. BAIÃO, M. R.; DESLANDES, S. F. **Alimentação na gestação e puerpério**. Rev. Nutr. vol.19 n. .2 Campinas mar./abr. 2006. Acesso em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732006000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000200011)> Acesso em: 27 jun. 2019.
5. BERDEL, N. A., **A metodologia da problematização com o Arco de Magueres: uma reflexão teórico-epistemológica**. Londrina: EDUEL, 2012.
6. BOLTON, J. L. WILEY, M. G., RYAN, B., STRAIT, S. T., BAKER, D. C., YANG, N. Y., et al. **Perinatal western-type diet and associated gestational weight gain alter postpartum maternal mood**. 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/mdl-29075574>> Acesso em: 27 jun. 2019.
7. BAYSOY N., SULTAN, K., MEHMET, G. R., ESIN, Y. A., MÜGE, P., **Follow-Up of Low Birth Weight Preterm Infants After Hospital Discharge: Incidence and Reasons for Rehospitalization**. Turquia, 2021. Disponível em: <<https://academic.oup.com/tropej/article-abstract/67/2/fmab029/6290307?redirectedFrom=fulltext>> Acesso em: 28 ago 2021
8. BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual Técnico: Pré-natal e Puerpério- Atenção qualificada e humanizada**. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf)> Acesso em: 27 jun. 2019.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.351 de 5 de outubro de 2011- Rede Cegonha**. Brasília (DF), 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351\\_05\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html)> Acesso em: 26 nov. 2018.
10. BRASIL 2012a, Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília (DF): MS; 2012. Cadernos de Atenção Básica nº 33.



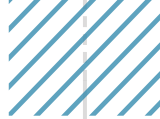




11. BRASIL 2012b, Ministério da Saúde. **Glossário Temático: Promoção da Saúde**. Brasília-2012b.
12. BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro: Manual de condutas gerais**. Brasília, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_suplementacao\\_ferro\\_condutas\\_gerais.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_suplementacao_ferro_condutas_gerais.pdf)> Acesso em: 27 jun. 2019.
13. BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica 23: Saúde da Criança Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Brasília, 2015. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_aleitamento\\_materno\\_cab23.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf)> Acesso em: 22 ago. 2018
14. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação** – Brasília, 2018.
15. BRASIL 2019a. Ministério da saúde. **Vacinação: quais são as vacinas, para que servem, por que vacinar, mitos**. 2019. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/>> Acesso em: 27 jun. 2019.
16. BRASIL 2019b. Ministério da saúde. **Campanha de doação de leite materno**. 2019. Disponível em: <[portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/doacaodeleite/](http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/doacaodeleite/)> Acesso em: 28 jun. 2019.
17. BRASIL, Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**. Disponível em <http://www.datasus.gov.br> Acesso em 31 de ago 2021.
18. CHEN, L., QUIONG, W., VAN VELTHOVEN, M. H., YANFENG, Z., SHUYI, Z., Ye L, et al. **Coverage, quality of and barriers to postnatal care in rural Hebei, China: a mixed method study**. BMC Pregnancy Childbirth, China, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3898028/?tool=pubmed>. Acesso em: 24 jan. 2019.
19. CHIMBIDA, G. N., MEDEIROS, V. A. **A visita domiciliar na Atenção Básica à Saúde na perspectiva dos profissionais de saúde de uma UAPS de Betim**. Betim, Minas Gerais, 2016. Disponível em: <[periodicos.pucminas.br/index.php/sinapsemultipla/article/download/12288/10564](http://periodicos.pucminas.br/index.php/sinapsemultipla/article/download/12288/10564)> Acesso em: 20 set. 2018.
20. COLUCI, M. Z., ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. **Construção de instrumentos de medida na área da saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n3/925-936/>> Acesso em: 05 mai. 2019. \
21. EMIDIO, S. C., BARBOSA, F. D., DEBERG, J., MOORHEAD, S., KUMAKURA, A. R., CARMONA, E. V., **Revisão dos indicadores para os Resultados de Enfermagem relacionados ao estabelecimento da amamentação**. São Paulo, 2020. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/56792/35284>> Acesso em: 30 ago 2021.
22. KOZUKI, N., GUENTHER, T., VAZ, L., MORAN, A., SOOFI, S. B., KAYEMBA, C. N.; et al. **A systematic review of community-to-facility neonatal referral completion rates in Africa and Asia**. 2015. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2330-0#Sec7>. Acesso em: 05 fev. 2019.
23. LASSI, Z. S. et al. **Evidence from community level inputs to improve quality of care for maternal and newborn health: interventions and findings**. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4160921/>. Acesso em: 02 fev. 2019.



24. LINHARES, E. F. et al. **Influência geracional familiar no banho do recém-nascido e prevenção de onfalites.** Rev. enferm. UFPE, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231209/25214>> Acesso em: 25 ago. 2019.
25. LUCENA, D. B.; DAS, J. K.; SALAM, R. A.; BHUTTA, Z. A.. **Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.** Revista Gaúcha de Enfermagem, 2018. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem> Acesso em: 27 dez. 2018.
26. MASCARELLO, K. C. MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I. S.; SILVEIRA, M. F.. **Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil.** 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v21/1980-5497-rbepid-21-e180010.pdf>> Acesso em: 27 jun. 2019.
27. PARANÁ, SESA (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná). **Linha Guia Rede Mãe Paranaense.** Curitiba, 2015. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha\\_gui\\_a\\_versao\\_final.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_gui_a_versao_final.pdf)> Acesso em: 21/10/2017
28. PARANÁ, SESA (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná). **Caderno de Atenção à Saúde da Criança: Primeiro ano de vida.** Sem ano, 2018 ano de acesso. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/pdf4.pdf>> Acesso em: 02 fev. 2018.
29. PRÁ OLIVEIRA, G. C. **Primeira visita domiciliar ao recém-nascido: Produção de tecnologia assistencial.** Curitiba, 2019. Disponível em: <https://www.prppg.ufpr.br/signa/visitante/trabalho-ConclusaoWS?idpessoal=70592&idprograma=40001016073P0&anobase=2019&idtc=15#:~:text=A%20Tecnologia%20Assistencial%20intitulada%20Primeira,e%2C%20posteriormente%20validada%20por%20ju%C3%ADzes>. Acesso em 20 ago. 2021.
30. PRÁ OLIVEIRA, G. C.; FREIRE, M. H.; KERNISKI, S. C.; RODA, J. C.; KHALAF, D. K.. **A visita domiciliar ao recém-nascido.** JNUOL, v. 14 Pernambuco, 2019. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243631>. Acesso em 20 ago 2021.
31. PITANGA, Setor de Vigilância em Saúde. 2018.
32. PITT, C., TAWIAH, T.; SOREMEKUN, S.; ASBROEK, A. H.; MANU, A.; TAWAIH-AGYEMAN, A.; et al. **Cost and cost-effectiveness of newborn home visits: findings from the Newhints cluster-randomised controlled trial in rural Ghana.** África e Sul da Ásia, 2016. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(15\)00207-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(15)00207-7/fulltext)> Acesso em: 12 mar. 2019.
33. POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
34. SBP- Sociedade Brasileira de Pediatria. **Sufocação durante o sono como causa de morte infantil.** 2019. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/sbpciencia/>> Acesso em: 10 jun. 2019.
35. TOMLISON, M.; DOHERTY, T.; IJUMBA, P.; JACKSON, D.; LAWN, J.; PERSSON, L. A.; et al., **Goodstart: a cluster randomized effectiveness trial of an integrated, community-based package for maternal and newborn care, with prevention of mother-to-child transmission of HIV in a South African township.** África do Sul, 2014. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/tmi.12257>> Acesso em: 09 mar. 2019.



36. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1985. **Appropriate technology for birth.** Lancet. 1985. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863457>> Acesso em: 27 jun. 2019.
37. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2009. United Nations Children's Fund. **Join statement on home visit for the newborn child: a strategy to improve survival.** Genova: World Health Organization. United Nations Children's Fund; 2009. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70002/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.02\\_eng.pdf;jsessionid=0E69D3DA-B701C2738D8E8AA52CE03D89?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70002/WHO_FCH_CAH_09.02_eng.pdf;jsessionid=0E69D3DA-B701C2738D8E8AA52CE03D89?sequence=1)> Acesso em 21 jun. 2019.
38. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2013. **Recommendations on postnatal care of the mother and newborn.** Suíça: Organização Mundial de Saúde, Outubro, 2013. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649\\_eng.pdf;jsessionid=F680AFBE7B22630B93F9E7906848EEFB?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf;jsessionid=F680AFBE7B22630B93F9E7906848EEFB?sequence=1) Acesso em: 11 abr. 2019



---

# Psicologia: contribuições da observação do comportamento de mães, pais e recém-nascidos no pós-parto imediato

| **Tania Kiehl Lucci**  
IPUSP

| **Emma Otta**  
IPUSP

# RESUMO

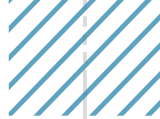
Prejuízos na interação mãe-filhote podem resultar em danos hormonais e comportamentais, além de desregulação emocional em diversos mamíferos. Há décadas discute-se a importância da qualidade da interação mãe-bebê em humanos para um desenvolvimento saudável, no entanto faltam estudos sobre a interação inicial no pós-parto imediato. O objetivo foi aprofundar conhecimento sobre a interação inicial por meio do estudo dos comportamentos da mãe, do recém-nascido e de uma subamostra de pais imediatamente após o parto. Foram analisados 120 vídeos, 60 gravados no pós-parto imediato e 60 gravados cerca de vinte minutos depois. Os comportamentos registrados foram: (a) recém-nascido: movimento corporal, choro, olhos abertos e acalmar-se; (b) mãe: toque afetivo, sorriso, olhar e vocalização voltada para o recém-nascido (c) pai: tocar a mãe, tocar o bebê ou tocar ambos. Os recém-nascidos passaram a maior parte do tempo com o corpo em movimento em ambas as amostras, mas diminuíram a frequência de choro e passaram a ficar com os olhos abertos 20 minutos após o parto em comparação aos primeiros minutos de vida. As mães passaram a maior parte do tempo olhando para os recém-nascidos, geralmente em silêncio e acariciando-o em ambas as amostras. Os pais tocaram prevalentemente as mães nos primeiros minutos após o nascimento do filho, mas passaram a tocar tanto a criança quanto a mãe vinte minutos após o parto. Estas observações mostram a frequência de comportamento de cada um dos envolvidos no pós-parto e nos ajudam a entender melhor a experiência materna, paterna e infantil no momento do parto.

**Palavras-chave:** Interação mãe-Bebê, Comportamento, Parto, Nascimento, pai.

## ■ INTRODUÇÃO

No Brasil, há pouco mais de um século, o parto era vivenciado num contexto familiar como uma experiência íntima e compartilhada entre mulheres, muito diferente da realidade do final do século, em que o parto passou a ser um ato médico, institucionalizado e regulado pelas políticas públicas do país. Na segunda metade do século XX, por falta de conhecimento e medicações para tratamento de infecções, médicos e enfermeiras adotavam regras rígidas para o controle desses quadros, como isolamento das mães, proibição de visitas e leitos em enfermarias individuais (THOMAZ *et al.*, 2005). A partir dos anos 1970 houve aumento da prática de partos cesarianos, por acreditar-se ser esta técnica mais segura e conveniente (MAIA, 2008). O movimento de contracultura pela humanização do parto surge também na década de 70, com o objetivo de atribuir à mulher protagonismo nos períodos da gestação, no parto e no pós-parto (DINIZ, 2005; MAIA, 2008). Com esta mudança de paradigma, o foco prioritariamente médico de salvar vidas passa a ser o bem-estar psicológico, com o propósito de melhorar e humanizar o atendimento. As mulheres passaram a ter o direito de solicitar técnicas alternativas de alívio da dor, a ter privacidade no local do parto, a opinar sobre o procedimento de episiotomia, a ter um acompanhante de sua escolha durante as diversas etapas do trabalho de parto, e ao contato físico pele a pele com o recém-nascido logo após o nascimento, entre outras práticas (MAIA, 2008). Recentemente, um importante estudo brasileiro mostrou que a duração do parto é altamente variável entre as mulheres, e a avaliação da dilatação cervical não é uma boa técnica para identificar situações de risco. Os autores concluem que a validade do partograma baseado na indicação de um centímetro por hora, recomendação baseada em um estudo de 1950, deve ser reavaliada. Com base neste estudo, a Organização Mundial da Saúde mudou as orientações para acompanhar parto normal. Este resultado indica a necessidade crescente de reavaliar as técnicas de parto com o intuito de humanizar o atendimento e priorizar o bem-estar da mulher e do recém-nascido (OLADAPOET *et al.*, 2018).

Poucos são os estudos sobre o comportamento no pós-parto imediato. O estudo de Parke (1972) investigou a interação de dezenove mães e pais com seus filhos recém-nascidos entre 6 e 48 horas após o parto durante dez minutos, com o objetivo de verificar se havia diferença na interação com os bebês em função do sexo, da medicação administrada às mães e da duração do trabalho de parto. Os resultados indicaram que tanto as mães quanto os pais tocaram significativamente mais os recém-nascidos do sexo masculino em comparação aos do sexo feminino. A quantidade de medicação materna foi positivamente relacionada com maior frequência de comportamentos de tocar, segurar no colo e balançar o bebê, e a hipótese do autor para o aumento da interação das mães medicadas foi que elas estariam preocupadas com a saúde do recém-nascido menos ativo e se esforçariam mais



para fazê-los reagir. O autor também observou que maior duração do parto foi marginalmente associada a menor interação da mãe com o recém-nascido.

Com relação à participação do pai do bebê durante o parto existe uma lacuna de estudos sobre o efeito do suporte do companheiro à parturiente. Um artigo de revisão mostrou que todos os ensaios clínicos sobre suporte à parturiente tratavam de doulas ou de outras figuras femininas (BRÜGGEMANN, PARPINELLI, & OSIS, 2005), e os estudos que citavam a participação dos companheiros na sala de parto eram predominantemente realizados em países desenvolvidos. Estudos mais antigos citam relatos da percepção das parturientes sobre suporte do pai da criança como algo positivo na experiência do parto (WALDENSTRÖM *et al.* 1996; MERCER, HACKLEY, BOSTROM, 1983), principalmente no apoio à implementação das técnicas de alívio da dor (NORR, BLOCK & CHARLES, 1977).

A perspectiva teórica adotada no presente estudo foi a Psicologia do Desenvolvimento Evolucionista, que tem por foco o conceito de evolução, e considera a análise dos mecanismos genéticos e ambientais, além do processo epigenético, para melhor compreender o valor do comportamento na ontogênese. Os comportamentos, segundo esta perspectiva, são vistos como biologicamente culturais (BUSSAB & RIBEIRO, 1998). Há décadas discute-se a importância da interação inicial mãe-bebê para a construção do vínculo inicial, e de sua importância para o desenvolvimento de um indivíduo saudável. Sob esta perspectiva, acredita-se que os recém-nascidos nasçam preparados para a socialização com pessoas e com o ambiente a seu redor, traduzida na capacidade de adaptação, por aumentar a chance de desenvolver o vínculo afetivo com o cuidador e garantir sua sobrevivência. Recentemente, diversas pesquisas são realizadas focando nas competências dos fetos no período pré-natal, mostrando diferentes habilidades das quais dispõem antes mesmo do nascimento, como exibição de expressões faciais, comportamentos variados, além de capacidade para responder a estímulos do ambiente extrauterino (MARX & NAGY, 2015; ZOIA *et al.*, 2007; CASTIELLO, *et al.*, 2010; REISSLAND *et al.*, 2011; ABOELLAIL & HATA, 2017; YAN *et al.*, 2006). Estima-se que, ao nascer, bebês tragam consigo as experiências acumuladas durante o período de desenvolvimento intrauterino, o que influencia suas respostas diante da experiência do parto. Ainda segundo esta perspectiva, as mães também são biologicamente preparadas para uma intensificação do interesse pelos recém-nascidos, ficando com os sentidos mais aguçados para responder aos sinais do bebê e mostrando-se mais atraídas pelo contato físico com eles. Apesar da riqueza deste momento inicial, poucos são os estudos com humanos realizados no momento imediatamente após o parto em situações livres. Este método permite avaliar o comportamento do recém-nascido antes de qualquer interação social.

O objetivo do presente estudo foi aprofundar o conhecimento sobre a interação inicial por meio da descrição da frequência dos comportamentos da mãe, do recém-nascido e de







uma subamostra de pais em dois momentos do pós-parto: nos primeiros minutos de vida e aproximadamente 20 min após o parto.

## ■ MÉTODO

### Participantes

Participaram deste estudo 120 mulheres gestantes que realizaram o parto no Hospital Universitário da USP entre 2006 e 2008 e seus recém-nascidos. Cada gestante preencheu e assinou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido após elucidação das metas do trabalho. Este estudo tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (CAAE: 0051.0.198.000-06).

### Instrumentos

#### Vídeos

Conforme prévio acordo com os médicos responsáveis pelo parto, e com a anuência das mães, as enfermeiras gravaram o parto e o pós-parto usando uma câmera de vídeo Sony Handycam HDR-XR100.

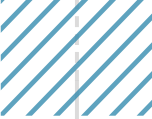
Durante as gravações a mãe permaneceu deitada sobre a maca na sala de parto com o bebê sobre o seu seio. Estavam presentes a equipe médica, a equipe de enfermagem e, em alguns casos, o acompanhante da parturiente. O contato pele a pele foi considerado nas análises apenas nos casos em que as enfermeiras colocavam o recém-nascido em contato direto (pele a pele) com o corpo materno, o que poderia acontecer antes ou após a avaliação do recém-nascido. Foram gravados vídeos com diferentes durações com média de dois minutos e dez segundos.

Com relação aos momentos de gravações houve dois tipos de vídeos:

a) *antes da avaliação clínica* - mostram o momento do pós-parto imediato, em que o bebê era posicionado no seio materno enrolado em panos, e as enfermeiras o enxugavam. O registro da díade (mãe e bebê) continuava enquanto o cordão umbilical era cortado (aproximadamente um minuto após o parto) e, no caso de partos normais, enquanto a placenta era expelida, e continuava até o recém-nascido ser levado pelas enfermeiras para o berço aquecido, para avaliação clínica. A duração destes vídeos foi de trinta segundos a sete minutos;

b) *após a avaliação clínica* – gravação da interação da mãe com o recém-nascido, ainda na sala de parto, após avaliação pela equipe de enfermagem, com o bebê envolto em





lençol e usando touca, cerca de 20 minutos após o parto. A duração desses vídeos foi de cinquenta segundos a quinze minutos.

### Codificação dos vídeos

A codificação dos vídeos de interação da mãe com o recém-nascido foi realizada por meio do software Interact no Laboratório de Etologia Humana do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP) entre 2016 e 2017. As categorias utilizadas para o estudo em questão podem ser observadas no quadro abaixo:

**Tabela 1.** Descrição dos comportamentos observados dos recém-nascidos e das mães (etograma)

| Comportamento dos recém-nascidos |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Corpo                            | Imóvel: não se movimenta, está com os músculos relaxados. Pode estar com olhos fechados ou abertos. Quietos, sem movimentos.<br>Movimenta-se: qualquer movimento curto ou longo de braços, pernas, cabeça, boca, dedos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Vocalização                      | Choro: bebê emite choro contínuo em voz alta. Claramente negativo.<br>Choramingar: bebê emite som curto, pode ser por incômodo, ou porque foi acordado, ou porque parece estar acalmando-se.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Olhos                            | Abertos: é possível ver claramente que o bebê está com olhos abertos ou é possível verificar pelo movimento dos cílios abrindo e fechando.<br>Fechados: os olhos do bebê claramente estão fechados (não em função de piscar).<br>Olhando para mãe: quando o bebê olha claramente para alguma parte do rosto da mãe (não necessariamente olhos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Acalmar-se                       | Acalmar-se: para esta categoria observa-se tanto a vocalização quanto o movimento corporal do bebê. Se o recém-nascido diminui a 'agitação' em relação ao momento anterior pode ser codificado como 'acalmar-se'. Por exemplo: bebê estava chorando e apresentava a musculatura do corpo rígida e movimentando-se e passa no momento seguinte a apenas choramingar com poucos movimentos leves.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Comportamentos maternos          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Contato físico                   | Contato com o corpo: bebê está deitado sobre o peito da mãe.<br>Não contato: bebê não está no colo da mãe. Está apoiado nos braços da enfermeira. Mãe pode ou não estar tocando-o com as mãos ou com o seu rosto, mas o bebê não está em seu colo.<br>Contato pele: o bebê está deitado sobre o peito da mãe e claramente foi colocado em contato pele a pele, ou seja, sem nenhum pano entre o recém-nascido e a mãe.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Toque                            | Contato afetivo: mãe está acariciando parte do corpo do bebê, ou está embalando o filho para ele se acalmar. O contato afetivo pode ser com as mãos, mas também pode ser um toque carinhoso com o nariz, com o rosto (geralmente quando a mãe não pode usar as mãos).<br>Cuidado: mãe toca o bebê para ajustar posição dele em seu corpo, ou para arrumar a coberta, enxugar sua face, arrumar a touca do bebê, etc. Pode também estar com a mão segurando o corpo do bebê ou ainda pode mexer o corpo para ajustar a posição do filho em seu colo.<br>Não toque: bebê pode ou não estar em contato com o corpo da mãe, mas a mãe não utiliza suas mãos ou face para tocá-lo afetuosamente ou ainda para segurá-lo, ajustá-lo em seu corpo. Não há movimento da mãe para segura-lo nos braços ou mesmo tocá-lo de forma carinhosa.<br>Beijo: mãe beija o bebê                                                                                                                                                                                                                         |
| Vocalização                      | Fala com o bebê: quando mãe fala afetuosamente com o bebê (manhês) ou quando fala baixinho em seu ouvido. Pode também ser também emissão de sons afetivos 'owwwnnn' 'psiu, psiu' ou ainda 'shhhhhh' para acalmar o bebê. Qualquer vocalização da mãe direcionada ao bebê.<br>Fala do bebê: quando a mãe responde a uma pergunta sobre o nome do bebê, sexo, vacinação ou qualquer outro fato que esteja relacionado ao bebê. Às vezes não é possível verificar exatamente o conteúdo do que se fala, mas é claramente relacionado ao bebê. Caso a mãe esteja no meio da conversa (escutando alguém falar ou falando) e não é possível saber sobre o que está falando, deve-se codificar 'conversa', pois não se deve inferir que a conversa seja sobre o bebê, a menos que esteja claro.<br>Conversa: quando a mãe está conversando com outra pessoa sem ser sobre o seu filho. Pode estar respondendo uma pergunta ou perguntando algo para alguém que não esteja relacionado ao bebê.<br>Não vocaliza: mãe não está conversando com ninguém ou emitindo qualquer outro tipo de som. |



| Comportamento dos recém-nascidos |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Olhos                            | Olha para o bebê: mãe claramente está olhando para alguma parte do rosto ou corpo do bebê. Caso não seja possível verificar se está olhando para baixo (médicos) ou para o bebê, codificar apenas 'olhos abertos'.<br>Olhos abertos: mãe está claramente com olhos abertos. Caso não seja possível verificar os olhos abertos ou os cílios se movimentando, codificar não observável.<br>Olhos fechados: quando mãe fecha os olhos, não em função de piscar os olhos. Ela geralmente está com olhos fechados por estar relaxando a cabeça na cama ou ainda quando está com dor ou sono. |
| Emoção                           | Sorriso: mãe claramente sorri (as bochechas ficam contraídas e a parte lateral dos lábios ficam elevados) ao olhar para o filho ou ainda em função de uma conversa com outra pessoa.<br>Neutro: mãe não emite sinais claros de outra emoção (positiva ou negativa).<br>Distress-dor: mãe mostra sinais de dor ou incômodo. Testa contraída, geralmente de olhos fechados, pode ou não ser acompanhada de alguma vocalização que indique dor 'ai'.                                                                                                                                       |
| Não observável                   | Todas as categorias poderiam ser codificadas como não observável: quando não era possível observar por não estar no foco da câmera. Mesmo se provavelmente o recém-nascido continuava no mesmo estado que estava anteriormente, deve ser codificado 'não observável' caso não esteja sendo filmado naquele instante.                                                                                                                                                                                                                                                                    |

## ■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi calculado o índice de concordância entre juízes (kappa) (Viera & Garrett, 2005). A análise de concordância foi feita por dois pesquisadores cegos em relação à identidade dos participantes e suas características, com dez vídeos para cada categoria de observação. Os índices kappa apresentaram valores entre 0.63 e 0.78, indicando elevada concordância<sup>1</sup>, de acordo com Landis & Koch (1977).

### Descrição da amostra

Foram analisados os vídeos de interação mãe-bebê na sala de parto de 120 díades, sendo sessenta díades gravadas no pós-parto imediato e outras sessenta díades gravadas após a avaliação clínica dos bebês feita pelas enfermeiras, cerca de vinte minutos após o parto.

As mães tinham em média 25 anos ( $\pm 6$ ) no momento do parto. A mais jovem tinha 16 e a mais velha 43 anos. Os pais tinham em média 28 anos ( $\pm 7$ ). O mais jovem tinha 17 e o mais velho 58 anos. As mães tinham em média 9 anos de escolaridade ( $\pm 3$ ), compreendendo uma faixa entre 1 e 16 anos de estudo. A maioria das mães convivia com o pai do bebê (N=104; 86,7%), a maior parte deles estava empregada (N=100; 85,5%), e a maioria deles não tinha filhos com outra mulher (N=96; 81%).

De todas as mulheres que participaram deste estudo, 49,2% (N=59) eram primíparas, 35% (N=42) já tinham um filho e 16% (N=19) tinham três ou mais filhos. A maior parte delas 73,7% (87) desejou ter esse filho, mesmo não tendo planejado a gravidez (N=88; 74,6%). 26% das mães (N=31) relataram ter tido episódios de depressão no passado, que não relacionavam à gestação. A maior parte dos bebês da amostra era do sexo feminino (63%,

<sup>1</sup> Valores interpretativos podem ser encontrados no site: <http://www.abgconsultoria.com.br/blog/coeficiente-de-concordancia-de-kappa/>



N=75). Das mulheres que conviviam com os pais da criança, a maior parte (70%, N=79) avaliou o relacionamento com o pai da criança como ‘pouco’ ou ‘nada conflituoso’.

As mães tiveram em média 39 semanas de gestação ( $\pm 1$ ), entre 36 e 42 semanas. 53% das mães (N=61) tiveram acompanhante durante o parto, geralmente o pai da criança (63,3%) ou a mãe da parturiente (25%). Setenta e quatro por cento das mães (N=88) submeteram-se a parto vaginal (sendo 24% fórceps) e 26% a parto cesárea. A média de consultas de pré-natal foi sete ( $\pm 2$ ), maior que o número mínimo (6) indicado pelo Ministério da Saúde. Catorze mães (12,2%) informaram ter fumado durante a gestação, sendo que quatro delas pelo menos 15 cigarros por dia. Apenas oito mães ingeriram álcool durante a gestação, com frequência menor do que uma vez por semana. Nenhuma das mães afirmou ter usado drogas ilícitas. As crianças nasceram com peso médio 3,342 kg ( $\pm 428$ g); comprimento médio 49,3cm (DP $\pm 2$ ) e perímetro cefálico médio de 34,6 cm ( $\pm 1,3$ ). Todos os bebês da amostra nasceram com peso considerado normal e todos tiveram pontuação entre 9 e 10 no teste APGAR<sup>2</sup> avaliado no décimo minuto de vida, indicando boas condições de saúde.

Quando comparamos as amostras que foram filmadas antes e após a avaliação clínica pudemos verificar que não houve diferenças com relação à idade e escolaridade materna ( $t=-0,15$ ;  $p=0,988$  e  $t=-0,750$ ;  $p=0,455$  respectivamente), nem tampouco com relação à idade gestacional média no momento do parto ( $t=0,007$ ;  $p=0,995$ ), duração de trabalho de parto ( $t=0,953$ ;  $p=0,343$ ) e ainda ao peso do bebê ao nascer ( $t=0,437$ ;  $p=0,665$ ).

**Tabela 2.** Comparação entre as amostras filmadas antes e após a avaliação médica com relação à idade, escolaridade, idade gestacional, duração do trabalho de parto e peso do bebê ao nascer.

|                                   | Antes       | Após        |
|-----------------------------------|-------------|-------------|
|                                   | M (DP)      | M (DP)      |
| Idade materna (anos)              | 25 (6)      | 25 (6)      |
| Escolaridade (anos)               | 9 (2)       | 9 (9)       |
| Idade gestacional (semanas)       | 39.5 (1)    | 39.5 (1)    |
| Duração trabalho de parto (horas) | 8.6 (7)     | 7.3 (7)     |
| Peso do bebê ao nascer (Kg)       | 3.362 (384) | 3.324 (467) |

Com relação às variáveis categóricas, pode-se verificar na Tabela abaixo (Tabela 3) que as amostras não diferiram quanto ao número de filhos ( $X^2=0,586$ ;  $p=0,746$ ), quanto ao fato da mulher de ter ou não companheiro ( $X^2=1,600$ ,  $p=0,202$ ) e apresentar sinais de depressão pós-parto ( $X^2=0,000$ ;  $p=0,581$ ). A diferença do sexo dos bebês entre as amostras foi apenas marginalmente significativa ( $X^2=2,526$ ;  $p=0,08$ ), sendo que em ambas as

2 Escala APGAR é um teste desenvolvido pela Dra. Virginia Apgar (1909 – 1974), que consiste na avaliação de cinco sinais vitais do recém-nascido: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. As notas podem ser de 0 a 10 pontos. Pontuação maior ou igual a 7 indica normalidade.





amostras houve predominância do sexo feminino, mais acentuada na amostra posterior à avaliação clínica. No entanto as amostras foram diferentes quanto ao tipo de parto realizado ( $X^2=28,840$ ;  $p<0.001$ ), sendo que as mulheres da amostra anterior à avaliação clínica realizaram predominantemente partos normais, enquanto que a amostra posterior à avaliação clínica realizou predominantemente partos cesarianos. A amostra de mulheres observada antes da avaliação clínica teve significativamente mais acompanhantes no momento do parto em comparação as mulheres da amostra posterior à avaliação clínica ( $X^2=26,673$ ;  $p<0.001$ ).

**Tabela 3.** Comparação entre as amostras filmadas antes e após a avaliação médica com relação ao tipo de parto, número de filhos, acompanhante durante o parto, companheiro, sexo do recém-nascido e indicadores de depressão pós-parto.

|                     |                | Antes N (%) | Após N (%) |
|---------------------|----------------|-------------|------------|
| Tipo de parto       | Normal         | 39 (66.1)   | 21 (35)    |
|                     | Cesárea        | 3 (5.1)     | 28 (46.7)  |
|                     | Fórcipes       | 17 (28.8)   | 11 (18.3)  |
| Número de filhos    | Primeiro filho | 28 (46.7)   | 31 (51.7)  |
|                     | Segundo filho  | 23 (38.3)   | 19 (31.7)  |
|                     | Terceiro ou +  | 9 (15)      | 10 (31.7)  |
| Acompanhante parto  | Não            | 24 (40.7)   | 51 (86.4)  |
|                     | Sim            | 35 (59.3)   | 8 (13.6)   |
| Companheiro         | Não            | 12 (20)     | 18 (30)    |
|                     | Sim            | 48 (80)     | 42 (70)    |
| Sexo do bebê        | Masculino      | 26 (44.1)   | 18 (30)    |
|                     | Feminino       | 33 (55.9)   | 42 (70)    |
| Depressão Pós-parto | Não            | 32 (69.6)   | 34 (69.4)  |
|                     | Sim            | 14 (30.4)   | 15 (30.6)  |

## Descrição dos comportamentos

Os vídeos foram analisados usando o método de amostragem instantânea (Altmann, 1974). A cada dez segundos o vídeo era pausado e os comportamentos da imagem congelada eram codificados conforme etograma previamente construído (Tabela 1), focando os comportamentos maternos, os do recém-nascido e em seguida o dos pais. Na tabela abaixo estão registradas as frequências dos comportamentos da mãe, do recém-nascido e dos pais após o parto, antes e após a avaliação clínica. Dentro de cada categoria observacional foi escolhido um comportamento para as análises (em negrito) (Tabela 4). Foi realizada uma análise de variância (ANOVA) para identificar possíveis diferenças na frequência de comportamentos observados entre a amostra antes e a amostra posterior à avaliação clínica. As frequências observadas foram transformadas em porcentagens, para possibilitar as comparações entre as gravações com diferentes durações de tempo.



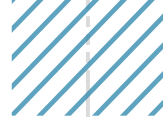


**Tabela 4.** Frequência média (em percentil), mínimo, máximo, desvio padrão, estatística F e valor-p dos comportamentos do recém-nascido, da mãe e do pai observados no pós-parto nas amostras antes e após a avaliação clínica.

| Recém-nascido    |                 | Antes |          |      | Após  |         |      | F     | p-valor  |
|------------------|-----------------|-------|----------|------|-------|---------|------|-------|----------|
|                  |                 | Média | Min-Max  | DP   | Média | Min-Max | DP   |       |          |
| Corpo            | Movimento       | 0,75  | 0-1,0    | 0,28 | 0,68  | 0-1,0   | 0,35 | 1,28  | 0,25     |
|                  | Imobilidade     | 0,24  | 0-1,0    | 0,27 | 0,32  | 0-1,0   | 0,35 | 2,09  | 0,15     |
| Vocalização      | Silêncio        | 0,44  | 0-1,0    | 0,31 | 0,80  | 0-1,0   | 0,26 | 46,78 | 0,000 ** |
|                  | Choro           | 0,42  | 0-1,0    | 0,29 | 0,12  | 0-1,0   | 0,23 | 37,05 | 0,000 ** |
|                  | Choramingar     | 0,14  | 0-0,7    | 0,15 | 0,07  | 0-0,4   | 0,11 | 7,9   | 0,006 ** |
| Olhar            | Fechados        | 0,77  | 0-1,0    | 0,35 | 0,51  | 0-1,0   | 0,39 | 14,43 | 0,000 ** |
|                  | Abertos         | 0,16  | 0-1,0    | 0,28 | 0,37  | 0-1,0   | 0,38 | 11,39 | 0,001 ** |
|                  | Olha mãe        | 0,07  | 0-1,0    | 0,2  | 0,12  | 0-1,0   | 0,24 | 1,76  | 0,187    |
| Acalmar-se       | Acalmou-se      | 0,49  | 0-1,0    | 0,29 | 0,84  | 0-1,0   | 0,23 | 51,53 | 0,000 ** |
|                  | Não se acalmou  | 0,51  | 0-1,0    | 0,29 | 0,16  | 0-1,0   | 0,23 | 53,67 | 0,000 ** |
| Mãe              |                 | Média | Min-Max  | DP   | Média | Min-Max | DP   | F     | p-valor  |
| Corpo            | Contato         | 0,51  | 0-1,0    | 0,22 | 0,42  | 0-1,0   | 0,47 | 12,6  | 0,23     |
|                  | Cuidado         | 0,29  | 0-0,9    | 0,27 | 0,38  | 0-1,0   | 0,35 | 2,54  | 0,11     |
|                  | Carinho         | 0,21  | 0-0,8    | 0,21 | 0,26  | 0-0,8   | 0,25 | 1,57  | 0,21     |
|                  | Não Toque       | 0,50  | 0-1,0    | 0,32 | 0,36  | 0-1,0   | 0,4  | 4,79  | 0,03 *   |
| Vocalização      | Silêncio        | 0,75  | 0-1,0    | 0,26 | 0,65  | 0-1,0   | 0,27 | 0,69  | 0,40     |
|                  | Fala com RN     | 0,09  | 0-0,8    | 0,18 | 0,16  | 0-0,8   | 0,23 | 1,8   | 0,16     |
|                  | Fala sobre RN   | 0,10  | 0-0,6    | 0,12 | 0,10  | 0-1,0   | 0,16 | 0,06  | 0,93     |
|                  | Conversa        | 0,06  | 0-0,5    | 0,11 | 0,08  | 0-0,6   | 0,13 | 0,72  | 0,39     |
| Olhar            | Olha o RN       | 0,60  | 0,09-1,0 | 0,26 | 0,64  | 0-1,0   | 0,27 | 0,75  | 0,38     |
|                  | Abertos         | 0,34  | 0-0,9    | 0,24 | 0,29  | 0-0,9   | 0,22 | 1,42  | 0,23     |
|                  | Fechados        | 0,06  | 0-0,7    | 0,13 | 0,07  | 0-0,7   | 0,16 | 0,07  | 0,78     |
| Expressão facial | Neutro          | 0,68  | 0-1,0    | 0,26 | 0,77  | 0-1,0   | 0,27 | 2,02  | 0,15     |
|                  | Sorriso         | 0,23  | 0-1,0    | 0,25 | 0,20  | 0-1,0   | 0,27 | 2,56  | 0,11     |
|                  | Dor             | 0,05  | 0-0,7    | 0,11 | 0,02  | 0-0,4   | 0,06 | 1,4   | 0,20     |
|                  | Choro e sorriso | 0,04  | 0-0,6    | 0,11 | 0,01  | 0-0,3   | 0,05 | 1,29  | 0,28     |
|                  | Choro           | 0,01  | 0-0,4    | 0,05 | 0     | 0-0,1   | 0,01 | 0,32  | 0,72     |
| Pai              |                 | Média | Min-Max  | DP   | Média | Min-Max | DP   | F     | p-valor  |
| Toque            | Toca mãe        | 0,34  | 0-1,0    | 0,39 | 0,22  | 0-1,0   | 0,38 | 0,73  | 0,48     |
|                  | Toca RN         | 0,03  | 0-0,3    | 0,08 | 0,00  | 0       | 0    | 4,94  | 0,013 *  |
|                  | Toca RN-mãe     | 0,11  | 0-1,0    | 0,27 | 0,36  | 0-1,0   | 0,4  | 5,09  | 0,031 *  |

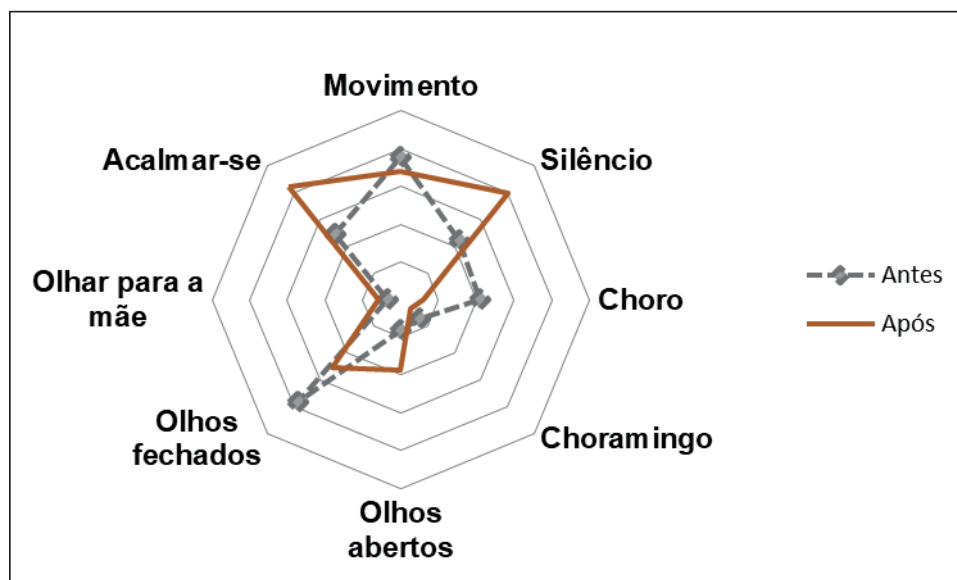
Na presente pesquisa foi observado que os recém-nascidos passaram a maior parte dos primeiros minutos de vida movimentando-se (75%), geralmente com os olhos fechados (77%) e a maior parte do tempo chorando ou choramingando<sup>3</sup> (56%). Metade dos recém-nascidos (49%) desta amostra acalmou-se depois de alguns minutos. Na segunda amostra (após avaliação clínica), os recém-nascidos continuaram movimentando-se, mas apresentaram menor frequência de choro ( $F=37,053$ ;  $p<0,001$ ) e choramingo ( $F=7,902$ ;  $p<0,001$ ). Apesar de permanecer grande parte do tempo de olhos fechados (51%), os bebês mostraram maior

3 Choramingar é o comportamento de emitir gemidos intermitentes.



frequência média (37%) de olhar aberto na segunda amostra ( $F=14,430$ ;  $p<0,001$ ) e passaram em média 12% do tempo olhando para o rosto materno. A partir do gráfico abaixo é possível perceber que houve diferença na frequência dos comportamentos dos recém-nascidos ao comparar a amostra antes e após a avaliação clínica (Figura 1).

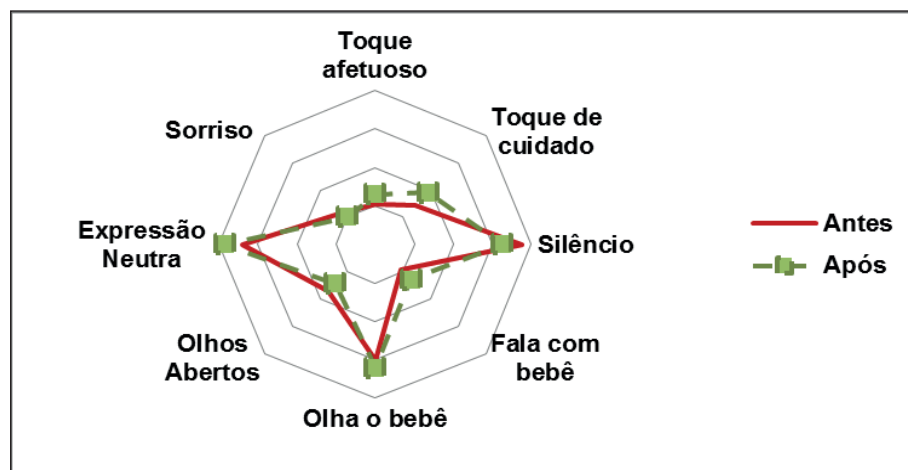
**Figura 1.** Frequência percentual média dos comportamentos dos recém-nascidos antes e após a avaliação clínica.



Conforme se observa na figura abaixo (Fig. 2), os comportamentos da mãe não foram significativamente diferentes entre as amostras obtidas antes e após a avaliação clínica. As mães passaram a maior parte do tempo olhando para o recém-nascido em ambas as amostras (60 e 64% respectivamente), geralmente em silêncio (75% e 65% respectivamente), e eventualmente falando com os recém-nascidos ou sobre eles (19 e 26% respectivamente). As mães apresentaram toques que demonstravam cuidados (arrumar a touca, posicioná-los melhor no colo) entre 21% e 26% do tempo respectivamente, e toque afetivo (embalo e carícias) durante 29% e 38% do tempo respectivamente. A expressão facial mais frequente foi a expressão neutra (68 e 77% parte do tempo respectivamente) seguida do sorriso (23% e 20% respectivamente).

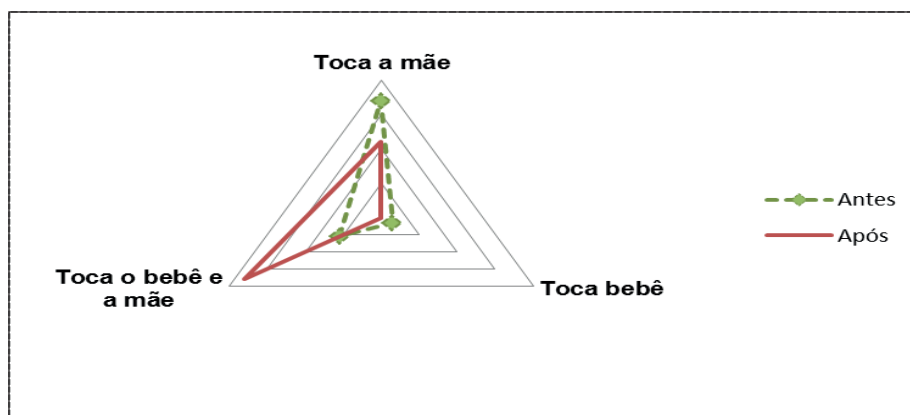


Fig. 3. Frequência percentual média dos comportamentos da mãe antes e após a avaliação clínica.



Foram gravados apenas 35 pais de bebês na sala de parto, nos quais foi observada a frequência de toque: tocar a mãe, o bebê ou tocar ambos (mãe e bebê) ao mesmo tempo. Destas gravações foi possível observar que os pais tocaram mais frequentemente (34%) a mãe durante o tempo que estiveram presentes na sala durante os primeiros minutos após o parto (amostra anterior à avaliação clínica), enquanto passaram 11% do tempo tocando mãe e bebê e apenas 3% do tempo tocando somente o bebê. Já na amostra após a avaliação clínica foi observado menor frequência do toque somente à mãe (22%) e maior frequência de toque ao bebê e à mãe ao mesmo tempo (36%). Não foi observado toque paterno somente ao bebê (Fig. 3).

Figura 3. Frequência percentual média do toque paterno à mãe e ao bebê antes e após a avaliação clínica.



## ■ CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou estimar a frequência de comportamentos da mãe, do recém-nascido e dos pais nos primeiros minutos após o parto. Os resultados desta investigação podem contribuir para uma reflexão sobre as práticas das equipes de saúde que acompanham gestação e parto, e lança luz sobre políticas públicas efetivas.

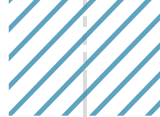


Comparando-se duas amostras antes e após a avaliação do recém-nascido pela equipe médica foi possível concluir que os recém-nascidos passaram a maior parte dos primeiros minutos de vida ativos, com o corpo em movimento, chorando, e geralmente com os olhos fechados. Após avaliação clínica, os recém-nascidos diminuíram parcialmente a frequência dos movimentos e a vocalização, aumentaram a frequência de olhar para o rosto materno e a maioria se acalmou. As mães passaram a maior parte do tempo olhando para o recém-nascido em ambas as amostras, geralmente em silêncio e eventualmente falando com os recém-nascidos ou sobre eles. As observações mostraram que as mães tocaram mais frequentemente os recém-nascidos após a avaliação clínica, geralmente com toques que demonstravam cuidados (arrumar a sua touca, posicioná-los melhor no colo) ou toques afetuosos (embalo e carícias). As mães sorriram mais frequentemente nos primeiros minutos de interação em comparação à amostra observada após avaliação clínica, embora a expressão facial mais frequente tenha sido a expressão neutra.

Na nossa amostra tivemos apenas 35 pais que acompanharam o nascimento de seus filhos (29%). Com relação ao comportamento do toque paterno, pudemos constatar que nos primeiros minutos após o nascimento do filho o comportamento mais frequente foi acariciar as mães. Poucos pais acariciaram ou tocaram os seus filhos neste momento. Após a avaliação clínica do bebê pela equipe médica o toque mais frequente dos pais passou a ter como alvo as mães e os recém-nascidos. Não houve registro do pai tocando somente o recém-nascido nesta amostra gravada aproximadamente 20 minutos após o parto.

É importante salientar que os vídeos foram gravados entre 2006 e 2008 e desde então muitas práticas foram alteradas no intuito de humanizar o parto e melhorar o bem-estar das gestantes. Atualmente está garantido por lei o direito à gestante de ter um acompanhante de sua escolha durante todas as etapas do trabalho de parto e ao contato físico com o recém-nascido logo após o nascimento (MAIA, 2008). O Hospital Universitário da USP, no qual foram coletados os dados, recebeu em 2006 o título de 'Hospital Amigo da Criança', título fornecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) às instituições que apoiam o aleitamento materno. Para obter este título o hospital também precisa apresentar uma taxa de nascimentos cesarianos abaixo de 30%. Estima-se que com a implementação destas técnicas de apoio ao aleitamento materno no Brasil, houve aumento da prevalência da amamentação na primeira hora de vida em 11,7% em comparação aos hospitais das capitais brasileiras que não as implementaram, o que resultou em redução de 3,5 % a 4,2% de óbitos infantis de bebês entre sete e 180 dias (SILVA *et al.*, 2018). Considerando as amostras analisadas no presente estudo (N=120), a prevalência de partos cesarianos foi 26%, abaixo da prevalência brasileira (56%), no entanto acima da taxa recomendada pela Organização Mundial da Saúde (10 a 15%) conforme





dados da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec), do Sistema Único de Saúde (SUS) (2015).

Poucos estudos foram encontrados sobre a primeira interação mãe-bebê no pós-parto imediato. Entre eles, o estudo mais recente codificou os comportamentos de 28 recém-nascidos de parto normal e espontâneo, todos saudáveis, ao longo da primeira hora imediatamente após o parto, e descreveu nove fases comportamentais pelas quais a maioria deles passou, sem qualquer intervenção da equipe médica ou dos pais: de um período de choro intensivo, os recém-nascidos passaram por um breve período de relaxamento, em seguida despertaram, locomoveram-se até encontrar o seio materno, alimentaram-se e dormiram. Este estudo mostra que bebês nascem com um repertório comportamental adaptativo que lhes garantiu a sobrevivência durante os milhares de anos (WIDSTRÖM *et al.*, 2011). No presente estudo também foram observadas algumas características que corroboram esses resultados. A amostra gravada após a avaliação clínica é composta de bebês que choram menos, acalmam-se mais, e permaneceram mais tempo de olhos abertos em relação à amostra anterior à avaliação clínica. A frequência do toque materno e paterno aumentou ao comparar a amostra anterior à avaliação clínica com a amostra posterior à avaliação. Embora seja provável, não é possível afirmar que esta diferença tenha se dado pelo tempo transcorrido, visto que se trata de duas amostras diferentes, e para fazer esta afirmação seria necessário um estudo longitudinal ou vídeos com durações mais longas.

## ■ AGRADECIMENTOS

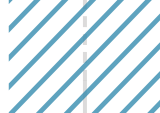
Agradecemos a equipe de profissionais da maternidade do Hospital Universitário da USP que realizaram as filmagens do momento no pós-parto e a todos os pesquisadores e estudantes que participaram diretamente da coleta de dados. Agradecemos especialmente todas as famílias que compartilharam conosco momentos importantes de suas vidas.

Esta pesquisa recebeu financiamento da FAPESP (Processo 2006/59192-2).



## ■ REFERÊNCIAS

1. ABOELLAIL, Mohamed Ahmed Mostafa; HATA, Toshiyuki. Fetal face as important indicator of fetal brain function. **Journal of perinatal medicine**, v. 45, n. 6, p. 729-736, 2017.
2. BUSSAB, Vera Silvia Raad; RIBEIRO, Fernando Leite. Biologicamente cultural. **Psicologia: reflexões (im) pertinentes**, p. 175-193, 1998.
3. BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Mary Angela; OSIS, Maria José Duarte. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 1316-1327, 2005.
4. CASTIELLO, Umberto et al. Wired to be social: the ontogeny of human interaction. **PloS one**, v. 5, n. 10, p. e13199, 2010.
5. DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, p. 627-637, 2005.
6. MAIA, Mônica Bara. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte. **Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais**, 2008.
7. MARX, Viola; NAGY, Emese. Fetal behavioural responses to maternal voice and touch. **PloS one**, v. 10, n. 6, p. e0129118, 2015.
8. MERCER, Ramona T.; HACKLEY, Kathryn C.; BOSTROM, Alan G. Relationship of psychosocial and perinatal variables to perception of childbirth. **Nursing Research**, 1983.
9. NORR, Kathleen L. et al. Explaining pain and enjoyment in childbirth. **Journal of health and social behavior**, p. 260-275, 1977.
10. OLADAPO, O. T. et al. Cervical dilatation patterns of 'low-risk' women with spontaneous labour and normal perinatal outcomes: a systematic review. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 125, n. 8, p. 944-954, 2018.
11. PARKE, R. R.; GROSSMANN, Karin; TINSLEY, B. T. Father-mother-infant interaction in the newborn period: A German-American comparison. **Culture and early interactions**, p. 95-113, 2014.
12. PARKE, Ross D. et al. Mother-Father-Newborn Interaction: Effects of Maternal Medication, Labor, and Sex of Infant. 1972.
13. REISSLAND, Nadja et al. Do facial expressions develop before birth?. **PLoS One**, v. 6, n. 8, p. e24081, 2011.
14. SILVA, Osvaldinete Lopes de Oliveira et al. The Baby-Friendly Hospital Initiative: increasing breastfeeding and decreasing infant mortality in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, p. 481-489, 2018.
15. THOMAZ, Ana Claire Pimenteira et al. Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 10, p. 139-146, 2005.
16. WALDENSTRÖM, Ulla et al. The childbirth experience: a study of 295 new mothers. **Birth**, v. 23, n. 3, p. 144-153, 1996.



17. WIDSTRÖM, A.-M. et al. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation. **Acta paediatrica**, v. 100, n. 1, p. 79-85, 2011.
18. YAN, Fang et al. Four-dimensional sonographic assessment of fetal facial expression early in the third trimester. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 94, n. 2, p. 108-113, 2006.
19. ZOIA, Stefania et al. Evidence of early development of action planning in the human foetus: a kinematic study. **Experimental Brain Research**, v. 176, n. 2, p. 217-226, 2007.



---

# Um olhar sobre a humanização do parto: vivências de puérperas usuárias do SUS

| **Altair dos Santos Lira**

UFBA

| **Carolina Figueiredo dos Santos**

UNIFACS

| **Joentina Julita Pontes Azevedo**

UNIFACS

| **Mariana Mello Menezes Fernandes**

UNIFACS

# RESUMO

O objetivo do presente estudo foi compreender a experiência de puérperas usuárias do SUS sobre o parto. Segundo a PNH, o parto “humanizado” tem seu foco na parturiente, dando-lhe o direito de livre escolha sobre seu processo parturitivo. Apesar do crescimento do movimento de humanização, muitas mulheres não têm acesso a essa realidade. A escuta das puérperas sobre suas experiências é importante para que se identifiquem más condutas e estas possam ser corrigidas, de forma a melhorar a assistência. Desenvolveu-se uma revisão narrativa de literatura de abordagem qualitativa, com o intuito de compreender as vivências de puérperas usuárias do SUS sobre o trabalho de parto. Foi observada uma naturalização da violência obstétrica sofrida pelas mulheres. Percebeu-se uma insatisfação com os profissionais, que na sua maioria, assumem uma postura de detentores do saber e tornam a mulher coadjuvante do próprio parto. Observaram-se disparidades no tratamento das gestantes pretas e brancas. Conclui-se que é necessário que as barreiras de acesso sejam quebradas, para que as gestantes tenham conhecimento sobre seus direitos no que tange o parto humanizado.

**Palavras-chave:** Parto Humanizado, Parto, Equidade em Saúde.



## ■ INTRODUÇÃO

A “*humanização do parto e nascimento*” refere-se a um modelo de assistência obstétrica sustentado por movimentos sociais e políticas públicas que tem o seu foco principal no suprimimento das necessidades da mulher e nas técnicas que objetivem aliviar o sofrimento feminino durante o processo do trabalho de parto (TP) (BOURGUIGNON E GRISOTTI, 2018).

O Ministério da Saúde preconiza a adoção de boas práticas, que envolvem desde a recepção da mulher, familiares e RN pelos serviços de saúde de forma acolhedora, respeitando o papel principal e suas escolhas; ao desenvolvimento de medidas e procedimentos benéficos ao parto e nascimento (FILHO E SOUZA, 2021; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

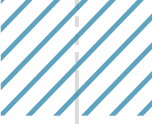
Compreendendo que uma má assistência, fundamenta a ocorrência de mortalidade materna e que, no Brasil, essa se encontra-se acima do máximo recomendado pela OMS (BRASIL, 2018), o presente trabalho justifica-se pela necessidade de avaliar-se a qualidade da assistência fornecida às gestantes usuárias do SUS no TP a partir de uma visão das puérperas. Ouvi-las contribui, decisivamente, para a identificação dos problemas e construção de soluções para o sistema de saúde no campo da obstetrícia, além de favorecer o desenvolvimento de novos estudos na área. O objetivo geral foi descrever a percepção de puérperas usuárias do SUS sobre o parto humanizado. Como objetivo específico tem-se: identificar quais são as principais facilidades e dificuldades apontadas pelas puérperas.

## ■ MÉTODOS

Este estudo buscou realizar uma revisão narrativa de literatura (RNL) com abordagem qualitativa, com o intuito de compreender, as vivências de puérperas usuária do SUS o trabalho de parto.

Os critérios de inclusão foram os artigos originais, gratuitos, disponíveis na íntegra, *online*, nos idiomas português, inglês e espanhol, que atendessem aos objetivos do estudo e que fossem publicados entre 2016 ao primeiro trimestre de 2021. E como critérios de exclusão, aqueles repetidos nas bases de dados, relatos de experiência, teses, trabalhos de conclusão de curso, dissertações, carta ao editor; artigos que, embora sobre questões relacionadas ao parto humanizado, não abordassem as vivências das puérperas sobre a humanização do parto.

Identificaram-se idéias centrais que nortearam a pesquisa: experiências de puérperas sobre o trabalho de parto, conhecimento sobre humanização, fatores de desigualdades dentro do cenário parturitivo e práticas humanizadas utilizadas dentro do SUS. O método de análise foi o descritivo de Bardin, que configura a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos



de descrição do conteúdo das mensagens. A análise de conteúdo é dividida em 3 etapas: pré- análise, exploração do material e tratamento dos resultados: inerência e interpretação (SOUSA *et al.*, 2017).

## ■ RESULTADOS

Foram encontrados no total 10 artigos, sendo 8 destes publicados no ano de 2020. A principal categoria de profissionais que publicou sobre o tema foram enfermeiras obstetras e o idioma predominante foi o português.

Após análise do material bibliográfico, foram identificadas 7 categorias: “a escolha da maternidade como momento crítico”; “efeito cascata das intervenções e as visões sobre o parto”, “o momento do parto e o disciplinamento dos corpos”; “a violência obstétrica e hierarquias reprodutivas”; “relação entre puérperas e a equipe de saúde”; “direito à informação”; qualidade do serviço e infra-estrutura e “presença do acompanhante” (**quadro 1**).

**Quadro 1.** Resultado do artigo original sobre experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Rio Grande do SUL, 2017.

| Categoria                                                                                                     | Experiência de puérperas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A escolha da maternidade como momento crítico                                                                 | 50% (14) das entrevistadas buscaram atendimento por questões pessoais (indicações de outras mulheres) e experiências com partos anteriores.                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| O efeito cascata das intervenções, e a visão sobre o parto, o momento do parto e o disciplinamento dos corpos | MFAD e oferta de alimentos e água auxiliaram na progressão do parto. Ocitocina (44% das puérperas): 3 com laceração e 5 com parada de progressão e evolução para cesárea. Episiotomia (13%); Amniotomia (30%) e Toque (100%). *Todas avaliaram as intervenções positivamente.                                                                                                                                                              |
| Visões sobre o parto, o momento do parto e o disciplinamento dos corpos                                       | 100% (25) das mulheres com parto normal relataram insatisfação com a posição litotômica e necessidade de movimentar-se, porém satisfação com o que o hospital determinou que devesse ser feito (disciplinamento dos corpos). 100% (25) Alívio (Parto normal: fim da dor/ parto cesárea: ver o bebê).                                                                                                                                       |
| Categoria                                                                                                     | Experiência de puérperas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Relação entre puérperas e a equipe de saúde.                                                                  | Críticas contra o domínio da equipe sobre o parto ( <i>O saber único</i> ). A maioria das puérperas indicou que o grito deve ser evitado, pois pode resultar em um mau atendimento pelos profissionais de saúde. Elogios no tocante a sentimentos e desejos que foram atendidos.                                                                                                                                                           |
| Direito à informação                                                                                          | Críticas às falhas na comunicação de seus direitos durante o TP. Desinformação em relação a riscos e benefícios quanto ao tipo de parto. Desinformação sobre a competência da enfermagem nos cuidados com o parto.                                                                                                                                                                                                                         |
| Qualidade do serviço e infra-estrutura                                                                        | Reclamaram da falta de estrutura para proporcionar conforto ao acompanhante, da pouca comida fornecida e da sensação de fome. Para elas o espaço da maternidade deve ser minimamente equipado para garantir conforto gestante/ puérpera e acompanhante. Os elogios aparecem em proporção maior que as críticas. 50,5% das 2.069 puérperas elogiaram e deixaram boas impressões relacionadas à estrutura e ao tratamento recebido pelo SUS. |
| Presença do acompanhante                                                                                      | As que não tiveram acompanhantes (3) criticaram e as que tiveram em tempo integral (22) elogiaram a permissão da sua presença, relatando sentirem-se mais Seguras e confiantes no momento do TP. Relataram, também, que o alojamento conjunto foi o setor mais acolhedor.                                                                                                                                                                  |

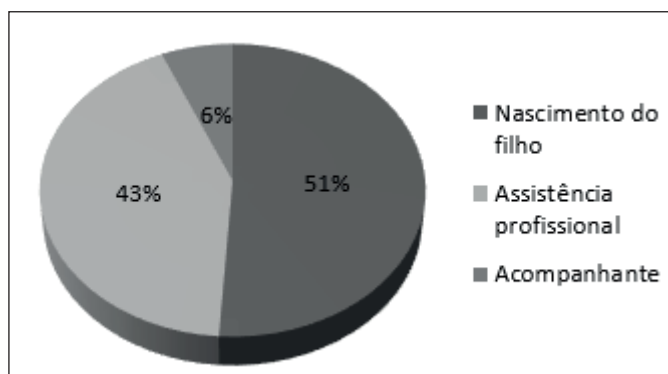
**Fonte:** Quadro elaborado pelos autores, segundo os estudos de Pedrosa e López (2017) e LEAL *et al.* (2020).





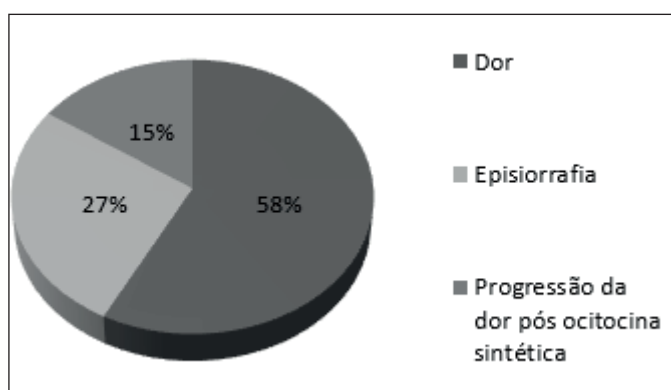
Oliveira *et al.* (2017) em pesquisa de escuta ativa às puérperas, identificaram quais foram as principais vivências de conforto (**gráfico 1**) e desconforto (**gráfico 2**) no TP.

**Gráfico 1.** Relatos de conforto de puérperas em três maternidades, Maceió-AL, 2017.



Fonte: Elaborado pelos autores baseados no artigo de OLIVEIRA et al. (2017).

**Gráfico 2.** Relatos de desconforto de puérperas em três maternidades, Maceió-AL, 2017.



Fonte: Elaborado pelos autores baseados no artigo de OLIVEIRA et al. (2017).

Em estudo semelhante ao de OLIVEIRA *et al.* (2017), realizado por Alvares *et al.* (2020), foi identificado que 39,4% das mulheres realizaram amniotomia e 4,8% episiotomia, destas 80% eram primíparas. 13,5% sentiram-se invadidas e incomodadas com a realização dos exames vaginais. Apenas 5,8% dos partos foram em posição litotômica. 63,5% tiveram laceração e dessas 30,8% não optariam, novamente, pelo parto normal. A não utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor acarretou 4,4 vezes mais chances de a mulher apresentar mal estar. Assim como posições horizontalizadas foram negativamente avaliadas. Mulheres que não entraram em contato com o seu bebê tiveram mais chances de apresentarem mal estar.

Com relação ao jejum alimentar e hídrico, o trabalho de Pinto *et al.* (2017) analisou as vivências alimentares das mulheres durante o trabalho de parto e os motivos que as levam a decidir por alimentar-se ou não antes, durante o TP e após este, observando que o manejo alimentar da mulher no TP vem sendo abordado de forma superficial, com o jejum sendo mantido na assistência, atualmente, mesmo contra as recomendações da OMS (Quadro 3).



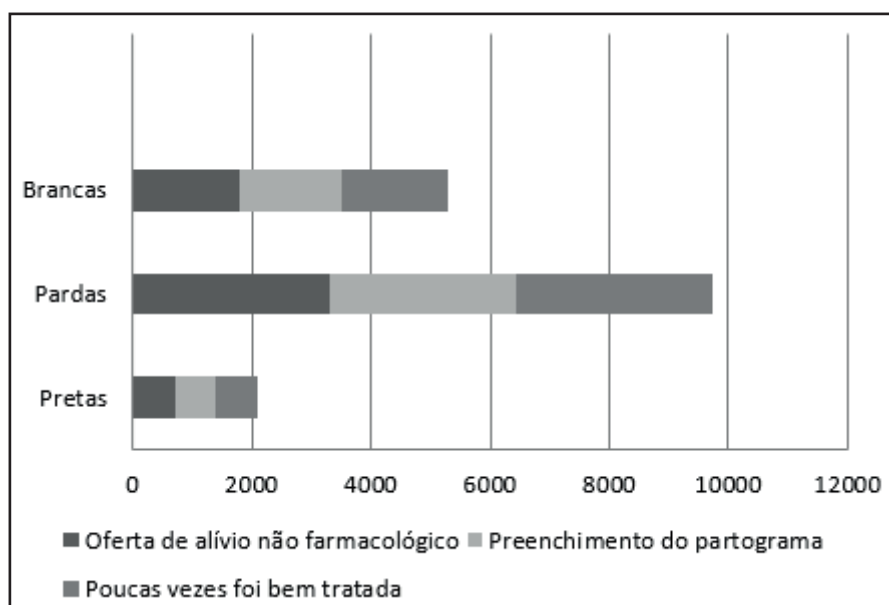
**Quadro 3.** Manejo alimentar no parto sob a percepção da mulher em três maternidades de Maceió- Alagoas, 2017.

| Momento da alimentação | Conduta da puérpera                                                                                                                                                                                   |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Em trabalho de parto   | A maioria sai de casa em jejum por diversos motivos, dentre eles, por acharem que a alimentação pode levar problemas para o parto e por influências sociais.                                          |
| Pré-parto e parto      | As condutas dos profissionais variam, e alguns permitem alimentação, outros não. Das mulheres que decidiram por manterem jejum, adotaram como uma das justificativas não defecar no momento do parto. |
| Pós-parto e puerpério  | Muitas se esquecem de alimentar-se, pois estão preocupadas com o bebê, porém a maioria relata sentir fome e sentirem-se esquecidas pelas instituições.<br>Algumas só alimentaram-se no dia seguinte.  |

**Fonte:** Elaborado pelos autores, baseados no trabalho de PINTO et al. (2017).

A pesquisa de Alves *et al.* (2021), evidenciam que o fator raça/cor ainda é motivo de tratamento diferenciado nas maternidades. Observou-se que pretas e/ou pardas obtiveram menor oferta de líquidos ou outros alimentos durante o trabalho de parto, menor oferta de métodos de alívio não farmacológico da dor, foram bem tratadas poucas vezes estiveram o partograma menos preenchido. Em contraste foram menos submetidas a intervenções como venóclise, analgesia e uso de ocitocina comparadas com as mulheres brancas (**Gráfico 3**).

**Gráfico 3.** Boas práticas no trabalho de parto e em outros momentos assistenciais segundo cor da pele auto referida em maternidades da Rede Cegonha. Brasil, 2017.



**Fonte:** Elaborado pelos autores, baseados no artigo de ALVES et al. (2021).

No estudo realizado por Leal *et al.* (2021) 20% das puérperas quiseram falar e dessas 60% comentaram a respeito da sua satisfação com o atendimento recebido relatando um bom relacionamento com os profissionais de saúde.

No estudo de Silva *et al.* (2020) pôde-se inferir que quanto maior o grau de instrução das mulheres, maiores os conhecimentos sobre parto humanizado e conseqüentemente, menor as intervenções. 68,75% das puérperas afirmaram não terem recebido orientação sobre



tecnologias não invasivas e 75% das mulheres desconhecem métodos não farmacológicos para o alívio da dor do parto e as que conhecem (25%) tem maior poder econômico. Santos *et al.* (2021) identificaram que das duas maternidades estudadas, apenas 43,18% e 12,5% das mulheres utilizaram métodos não farmacológicos para alívio da dor.

Inagaki *et al.* (2018), identificaram que mulheres que foram submetidas a parto vaginal, tiveram uma percepção de terem sido desrespeitadas pelos profissionais de saúde maior, sendo que a maior satisfação com a assistência recebida esteve relacionada à cor da pele autodeclarada branca e à presença do acompanhante. Cardoso e Cockel (2016) identificaram que 82,2% das mulheres não teve liberdade de escolha da posição no momento do trabalho de parto, o que caracteriza violência obstétrica;

No estudo de Teixeira *et al.* (2020), 83% das puérperas não puderam escolher a posição de parir, 33% não puderam deambular e alimentar-se e 29% foram submetidas à manobra de *Kristeler*.

Campos *et al.* (2020), identificaram que todas as puérperas entrevistadas pariram em posição litotômica, o que demonstra uma limitação da liberdade corporal dessas mulheres.

Teixeira *et al.* (2020), enfatizam a importância do acompanhante de livre escolha pela mulher no momento do TP, notando que 86% das entrevistadas tiveram acompanhante; o que corrobora com a pesquisa de Silva *et al.* (2020), que observaram que as majorias das gestantes também tiveram acompanhante. Leal *et al.* (2021) perceberam um aumento de mais de 150% na presença de acompanhante, o que foi positivamente avaliado pelas puérperas. Essa situação transmite maior tranquilidade, conforto e reduz a sensação de vulnerabilidade pelas mulheres.

Com relação ao tipo parto, Kottwitz *et al.* (2018), identificaram que a preferência pela cesariana estava ligada ao desejo de não sofrer e sentir dor em 74% das mulheres (“*estereótipos da dor*”) e a preferência pelo parto normal estava ligada à recuperação mais rápida e menos dolorosa em 81,8% das mulheres. Salientando que a maioria delas optava pelo parto vaginal. Apenas 20,5% das mulheres foram questionadas sobre qual era a via de parto desejada, tendo participado da decisão.

Observou-se que de acordo com as pesquisas realizadas por Lima *et al.* (2019) e Teophilo *et al.* (2016) a gestante negra é vítima de violências obstétricas, seja por lei ou pelo próprio processo de escravidão, que as tornam subalternas. À mulher é dada a opção de docilidade e obediência ao saber supremo do médico, que estabelece uma relação de poder nas decisões terapêuticas que envolvem o seu processo parturitivo; sem a possibilidade de questionamentos.



## ■ DISCUSSÃO

Segundo Pedroso e Lopez (2017), perceberam que, mesmo dentro do processo de humanização do parto em hospitais, existe a supervalorização do intervencionismo médico pelas gestantes- que possuem a crença que essas ações existem com o intuito de auxiliá-las. E a hierarquia existente entre profissionais e usuárias, resulta em um tratamento, muitas vezes, “rico” em “soberba” e/ou superioridade por parte dos primeiros e de passividade por parte das segundas. Essas, mesmo sabendo da necessidade de acolhimento e humanização, com respeito à autonomia feminina- consideram determinados tipos de tratamentos profissionais normais, a exemplo de atitudes de depreciação ou grosserias, que são bem toleradas, em troca de serem aceitas em uma maternidade para concluir seu processo parturitivo. Outros autores concordam com a naturalização da violência obstétrica pelas mulheres ao perceber nas falas destas a satisfação com um atendimento não conforme as recomendações da OMS. Elas entendem que são procedimentos rotineiros e não os reconhecem como violentos (CAMPOS *et al.*, 2020). De igual forma, a posição litotômica, apesar de pouco confortável por estar contra a gravidade, é considerada por essas mulheres a ideal, pois sendo orientadas pelo profissional, entendem que é o melhor a fazer-se.

Campos *et al.* (2020) identificaram que o uso da ocitocina sintética de forma rotineira é visto pelas mulheres como natural, pois elas entendem que são incapazes de desencadear o TP de forma espontânea. Lopez e Pedroso (2017) relatam que intervenções desnecessárias, principalmente naquelas que não chegam à maternidade em fase ativa do TP, podem gerar efeito cascata e levar a complicações como a parada de progressão do parto, resultando em uma cesariana, o que torna a mulher limitada ao espaço terapêutico do hospital, impedida de expressar sua liberdade e conduzir o próprio parto e gerando uma falsa impressão de que a dor do parto é insuportável, não desejando repetir a experiência. A experiência prévia influencia na expectativa e decisão pela via de parto. Um parto normal com desfechos maternos e neonatais ruins desencoraja uma próxima tentativa (MEDEIROS *et al.*, 2017). Ferreira *et al.* (2020) demonstram que, o trabalho de parto é realizado, predominantemente, por homens, sendo, cada vez mais, medicalizado e hospitalocêntrico o que contribui para torná-lo uma experiência perigosa e dolorosa.

Leal *et al.* (2020), identificaram que puérperas sentem-se coadjuvantes do seu próprio parto, criticando a postura dos profissionais de saúde que parecem ser detentores de todo o saber e não as deixam participar ativamente do processo; criticam também a falha na comunicação profissional-parturiente o que dá margens a não realização de alguns procedimentos como os uso de métodos não farmacológicos, devido à falta de conhecimento. Algumas relatam que houve avanços na qualidade do atendimento oferecido pelo SUS, preferindo-o até em comparação ao atendimento particular. Para Kottwitz *et al.*, (2018), se não há diálogo





a insatisfação e a frustração encontram terreno fértil; sendo o pré-natal momento crucial para o fornecimento de informações à gestante. Campos *et al.*, (2020) observaram nas falas das puérperas uma insatisfação quanto à ausência de diálogo a respeito dos sentimentos das parturientes, as experiências anteriores, as suas dúvidas, que incluem a via de parto e uso de medicamentos. Conduta que contraria o atendimento humanizado que é preconizado pela OMS, embasado no acolhimento e escuta. Leal *et al.* (2020) também identificaram nas falas o desconhecimento do papel da enfermeira obstetriz no TP, causando insegurança nas gestantes. Esse comportamento é fruto da dificuldade de romper com a tradição de superioridade médica e visualização da enfermagem como atividade meramente auxiliar. Silva *et al.*(2020) realizaram um estudo vislumbrando a importância da enfermeira obstétrica no cenário do parto, contribuindo para a mudança do modelo médico hegemônico, de forma a torná-lo mais humanizado. Prática que envolve desde a escuta e acolhimento com a parturiente ao estabelecimento de vínculo e uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor.

Oliveira *et al.*(2017), identificaram como as principais vivências de conforto das puérperas: o nascimento do bebê, acompanhado do alívio da sensação dolorosa- fato que é explicado pela enorme descarga de ocitocina e de emoções positivas provenientes do contato mãe-bebê; A assistência profissional durante o TP- quando acompanhada de escuta, acolhimento, respeito e apoio ao momento e à presença do acompanhante- fato explicado pela sensação de segurança que este passa à mulher. As principais vivências de desconforto foram: a dor durante o TP, explicada pela fisiologia natural do processo de expulsão do bebê, a dor da episiorrafia pós-laceração perineal ou episiotomia, e a progressão da dor quando aplicada ocitocina sintética- procedimento não recomendado e que pode gerar complicações como lacerações perineais e atraso na descida do feto. As taxas de episiotomia são superiores a 76%, mesmo não sendo indicadas. Assim como no estudo de Alvares *et al.*(2020), pôde-se verificar que está havendo uma melhora no acolhimento e escuta da mulher, maior respeito à adoção de posições preferenciais para o parto, porém práticas não recomendadas pela OMS ainda são adotadas de forma rotineira. Campos *et al.* (2020), identificaram na fala das puérperas o uso indiscriminado de ocitocina, de forma rotineira, sem criteriosa avaliação. É importante que o parto seja conduzido de forma natural, aguardando as contrações e descida do feto, para alcance, no mínimo, seis cm de dilatação. De igual forma, a prática de episiotomia é realizada sem o consentimento da mulher e sem explicações, impedindo-a de ter autonomia sobre o seu corpo.

Blank *et al.*(2019), identificaram as principais práticas incentivadas pelos profissionais de saúde que foram bem avaliadas pelas puérperas como uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor (prática relaxante e favorável à descida do feto) e o contato pele-a-pele e incentivo à amamentação (prática que promove o vínculo, reduzindo estresse







e mantem a temperatura do bebê). Na pesquisa de Scarton *et al.* (2018), identificaram-se como principais métodos não farmacológicos relatados pelas parturientes a deambulação e a hidroterapia com água morna. Houve privação da ingestão de alimentos e líquidos e uso desnecessário de ocitocina sintética para indução do parto, o que implica pouca mudança no cenário atual, provável desatualização dos profissionais e perpetuação do velho modelo médico-obstétrico. Segundo Pinto *et al.* (2017), as maiores das puérperas não alimentaram-se antes da hospitalização nem no dia da hospitalização e, em muitas delas, foi aplicado soro glicosado a 5%. O uso de glicose em gestantes é desaconselhado, pois pode causar uma série de efeitos colaterais, como hiperglicemia no RN e redução do PH sanguíneo da artéria umbilical devido ao excesso de insulina no feto. Sendo mais segura a oferta de alimentos à mulher. López e Pedroso (2017) salientam que a prática de jejum alimentar e líquido não deve ser mais realizada, visto que a utilização de anestesia geral, que pode provocar emese, é raramente utilizada no processo parturitivo. Sendo bem aceita pelas parturientes a oferta livre de líquidos calóricos e alimentos leves, já que esses fornecem o aporte energético, tão necessário no momento do parto. Na pesquisa de Pinto *et al.* (2017), pôde-se observar que a oferta de água e alimentos ainda não é prática comum em algumas maternidades. Em uma das unidades estudadas, percebeu-se que mais da metade das mulheres foi mantida em jejum. Uma questão observada por Leal *et al.* (2020) foi que as puérperas reclamaram de pouca oferta de alimentos. Algumas se queixaram de ficarem com fome em decorrência da alta demanda energética necessária para a amamentação. A maternidade torna-se a “segunda casa” da puérpera, do RN e do acompanhante, logo se espera uma estrutura confortável e boa oferta de alimentos.

Na pesquisa de Alves *et al.* (2021), mulheres negras foram menos submetidas a intervenções como, episiotomia, ficaram menos em litotomia, menos venóclise, analgesia e uso de ocitocina comparadas com as mulheres brancas, o que pode indicar aumento de boas práticas no tratamento da mulher preta, porém como o modelo tecnocrático e intervencionista é o que vigora no Brasil, isso também pode ser fator de discriminação racial. Em contraste, não foram encontrados indicadores de desigualdade racial em 6 indicadores de boas práticas, o que pode ser um sinal de transformação no modelo de assistência ao parto para práticas menos desiguais. Outros trabalhos, como o de Leal *et al.* (2017), entendem que a menor escolaridade e acesso à educação influenciam não só no tratamento ofertado pelo profissional de saúde, como no grau de compreensão das informações fornecidas. Identificaram menor oferta de informações no pré-natal sobre o início do trabalho de parto e possíveis complicações. E, ainda menos cuidado às mulheres pretas, indicando benefícios e oportunidades diferenciados segundo o critério raça/cor. Como fatores que levam a essa desigualdade na difusão de conhecimento, os autores citam a discriminação nos serviços





de saúde que geram diferenciação no acesso e no processo de cuidado. Silva *et al.* (2020), identificaram que quanto maior o grau de instrução das mulheres, menor é o nível de intervenções, uma vez que estas têm mais acesso à informação e desencorajam a tomada de medidas não humanizadas pelos profissionais que são questionados a todo o momento. Identificaram também que apenas 25% das entrevistadas conheciam os MNFAD e estas tinham maior poder econômico. Esses métodos não invasivos são importantes na redução da dor e aceleração do TP. Para Camacho *et al.* (2019), na deambulação, por exemplo, a ação da gravidade na posição verticalizada da paciente facilita a abertura do canal de parto e evolução deste. BLANK *et al.* (2019), também identificaram falta de conhecimento de algumas puérperas sobre a humanização, o que gera insegurança em questionar os profissionais sobre o TP. É imprescindível que as mulheres recebam informações de profissionais qualificados para que assumam o seu protagonismo e façam valer seu direito de escolha das tecnologias de cuidados existentes. Belfort *et al.* (2016) perceberam que a iniciação sexual das mulheres negras avaliadas foi mais precoce do que a média nacional e a maioria delas eram lavradoras com renda salarial de até 1 salário mínimo, fator que, segundo eles, pode contribuir para o menor acesso às informações referentes ao parto humanizado.

A população negra representa a parcela mais pobre da sociedade brasileira e é refém do racismo institucional que impacta tanto no processo saúde-doença quanto no acesso aos serviços (OLIVEIRA E KUBIAK, 2019). Não é possível afirmar o motivo da escassez de estudos na área, porém Reis (2020) discute o racismo epistemológico que consiste no não reconhecimento das diferenças e desrespeito a elas, gerando baixos indicadores sociais e demora no desenvolvimento e na criação de políticas públicas na saúde que abarquem essa população; evidenciando que o racismo institucional é uma realidade para a população negra, porém não é dada a devida atenção pela academia, além de serem recentes os estudos na área. A resistência no desenvolvimento de pesquisas de campo dentro das instituições abordando o tema “racismo” também pode justificar a escassez de estudos de pesquisa na área (OLIVEIRA E KUBIAK, 2019).

Oliveira e Kubiak (2019) destacam que o processo de escravização, que durou mais de 300 anos no Brasil, reverbera nos dias atuais e pode ser observado com a desvalorização da população negra, tomando como base suas características físicas e culturais. Além do racismo, o sexismo também apresenta reflexos nos dias atuais, com a falta de preparo para o cuidado das doenças que acometem essa população e na ocorrência de violência obstétrica, que é mais comum em mulheres negras. No Brasil, a população negra sofreu a impossibilidade de exercer seus direitos como cidadãos e usufruir de serviços públicos com qualidade. Essa vulnerabilidade condicionou a dificuldade do acesso a estes serviços, principalmente os serviços de saúde. E, desta forma, caminha-se para a customização ou naturalização da





prática do racismo institucional (BORRET *et al.*, 2020). O racismo institucional refere-se ao tratamento diferenciado fornecido por meio das instituições para indivíduos, em decorrência da raça. Colocando-os em situação de desvantagem no que diz respeito ao acesso aos benefícios do sistema de saúde. De acordo com Assis (2018), a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que a prática de desrespeito e maus-tratos às gestantes durante o parto em instituições públicas de saúde é uma realidade. E que essas práticas violam os direitos humanos das mulheres. Assim, a OMS propôs o diálogo entre os entes de saúde pública, com o objetivo de preservar tais direitos.

O IBGE (2019) indicou que as mulheres negras e pardas são a maioria usuária do SUS, representando cerca de 60% do público total. Para as mulheres negras, maioria periférica e usuária do SUS, o processo do parto é, muitas vezes, sofrível, pois essas enfrentam a realidade do racismo institucional existente; Além de terem um risco reprodutivo maior, visto que são onde se encontram as maiores taxas de gravidez na adolescência e onde há maior quantidade de filhos. Mulheres negras são impossibilitadas de usufruir dos seus direitos de humanização em todas as etapas que envolvam a gestação. Existe uma falsa idéia observada no sistema de saúde de que mulher negra tem maior resistência à dor, devido às características anatômicas pélvicas, o que favorece o processo parturitivo. Dessa forma, são submetidas às iniquidades de viés racial durante o parto (HOFFMAN *et al.*, 2016).

Theophilo *et al.*, (2018), identificaram que quanto maior a vulnerabilidade da mulher, pior será o atendimento ofertado a ela. Mulheres negras, pobres, usuárias de drogas, adolescentes, sem pré-natal e em situação de rua tem atendimentos negligentes e com omissão de socorro. Segundo estudo realizado por Leal *et al.* (2017), mulheres negras, em sua maioria, em comparação a mulheres pardas e brancas, tiveram pré natal inadequado, foram menos submetidas a anestesia local para episiotomia e tiveram menos direito à analgesia no parto; assim como, em sua maioria, não tiveram direito a acompanhante no momento do TP. Observou-se menor fornecimento de informações sobre o início do trabalho de parto e um gradiente de cuidado menos satisfatório para pretas e pardas, evidenciando diferenças no tratamento de acordo com a raça.

Com o propósito de combater tais condutas, a Rede Cegonha estabelece que se deva haver o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; proibindo a discriminação por raça/cor, ainda evidenciada na assistência e nos cuidados às clientes negras no SUS. Determina mudanças nos modelos, práticas e condutas adotadas, pelos funcionários e colaboradores do SUS que participam direta ou indiretamente na prestação e no oferecimento de serviços e cuidados na atenção maternal e infantil. Assegurando-se boas práticas e humanização, a começar pelas ações de planejamento reprodutivo, parto, nascimento e crescimento infantil (BRASIL, 2011). Observou-se que todas as puérperas convergem na opinião de





que os serviços de saúde públicos devem ser qualificados de forma a serem cada vez mais humanizados.

Conformando uma limitação do estudo percebeu-se escassez de artigos de pesquisa de campo, principalmente com dados próprios, que versam sobre “saúde da mulher negra”, o que deixa em evidência o descaso existente para com essas mulheres, que são vítimas, em sua maioria, de violência obstétrica e de maiores índices de mortalidade por causas evitáveis no país. Fato que ainda indica a não consolidação dessas temáticas como focos de pesquisa em racismo dentro das instituições.

Os achados encontrados nesse estudo apontam para a necessidade de que hajam rupturas de paradigmas e de barreiras de acesso- como o racismo institucional- que dificultam o fornecimento de informações às gestantes usuárias do SUS e as dão um tratamento não condizente com as diretrizes de humanização. Ações voltadas aos riscos específicos aos quais as mulheres negras estão expostas devem ser desenvolvidas, como capacitar e treinar toda a equipe envolvida na assistência ao parto, de forma a promover-se equidade no tratamento fornecido.

## ■ REFERÊNCIAS

1. AKOTIRENE, C. Interseccionalidade- Coleção feminismos plurais, 1 ed. São Paulo, Pólen, 2019.
2. ALVARES AS, CORRÊA ACP, NAKAGAWA JTT, VALIM MD, JAMAS MT, MEDEIROS RMK. Práticas obstétricas hospitalares e suas repercussões no bem- estar materno. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, vol.54, p.1-9, 2020.
3. ALVES MTSS, CHAGAS DC, SANTOS AM, SIMÕES VMF, AYRES BVS, SANTOS JL, SILVA AAM. Desigualdade racial nas boas práticas e intervenções obstétricas no parto e nascimento em maternidades da rede cegonha. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.26, n.3, p.837-846, 2021.
4. ASSIS, JF. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n.133, p. 547-565, set./dez., 2018.
5. BELFORT et al. Assistência ao parto de mulheres negras em um hospital do interior do Maranhão-Brasil. **Saúde Soc.** Vol.25, n.3, p.631-640, 2016.
6. BLANK EB, SOARES MC, CECAGNO S, RIBEIRO JP, OLIVEIRA SG, FERREIRA BJ. Práticas educativas para (re) significar o parto e o nascimento no olhar de puérperas. **Salusvita, Bauru**, vol.38, n.3, p.581-595, 2019.
7. BOURGUIGNON AM, GRISOTTI M. Concepções sobre humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras. **Revista Saúde e Sociedade**, vol.27, n.4, p.1230-1245, 2018.
8. BORRET RH, ARAÚJO DHS, BELFORD PS, OLIVEIRA DOPS, VIEIRA RC, TEIXEIRA DS. Reflexões para uma prática de saúde antirracista. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol. 44(sup.1), p.1-7, 2020.



9. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos** [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; v. 150, nº 122, p. 59-62, 13 jun 2013 [acesso 20 ago. 2020]. Seção 1. <Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>>.
10. BRASIL. Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, **para garantir as parturientes o direito à presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde– SUS**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 8 abr. 2005.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do **Sistema Único de Saúde - DATASUS**. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def> [Acessado em 24 de novembro de 2020].
12. BRASIL Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. 465p. Universidade Federal do Ceará – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
13. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes Nacionais de assistência ao Parto Normal** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)>. Acesso em 11 de nov. de 2020.
14. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>. Acesso em 10 de out. de 2020.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política (2009) Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSIPN**. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra\\_3d.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf)>. Acesso em 10 de dez. de 2020.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política (2008) Nacional de Humanização – HUMANIZASUS**. Documento de base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)>. Acesso em 12 de dez. de 2020.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa (2002) de Humanização do parto. Humanização no Pré- Natal e Nascimento**. PHPN. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em 12 de dez. de 2020.
18. BRIZOLA J, FANTIN N. Revisão de literatura e revisão sistemática de literatura. **Revista de Educação do Vale do Arinos**, vol.3, n.2, 2016.
19. BRUM CN et al. Revisão narrativa da literatura: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento da enfermagem. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. Metodologia de pesquisa para a enfermagem a saúde da teoria à prática. 1ª ed. Porto Alegre: Moriá, 2015. p. 123-142.
20. CAMACHO, ENPR et al.; Conhecimento e aplicabilidade dos métodos não farmacológicos utilizados pelos enfermeiros obstetras para alívio da dor no trabalho de parto. **Enfermagem obstétrica**, vol. 22, n.257, p.3193-3198, 2019.



21. CAMPOS VS, MORAIS AC, SOUZA ZCSN, ARAÚJO PO. Práticas convencionais do parto e violência obstétrica sob a perspectiva de puérperas. **Revista Baiana**, vol.34, p.1-10, 2020.
22. CARDOSO EM, COKELL FF. Atenção à saúde da mulher negra no ciclo gravídico puerperal: percepções em primeira pessoa. **Cadernos de gênero e tecnologia**, vol.12, n.4, p.111-121, 2016.
23. COSTA CM, PIMENTEL LM, MCPC, ROCHA RNS, MEDEIROS TS. Acesso à saúde pública de qualidade para a mulher: algumas reflexões sobre a luta feminina. **Journal of Management & Primary Health Care**, vol.10 (supl.1), p.1-3, 2019.
24. FERREIRA MSC, SILVA PL, PEREIRA VB. Um olhar sobre a experiência do parto: trajetória, possibilidades e repercussões. **Phenomenological Studies**, vol.XXVI, vol.26, p.416-247, 2020.
25. FILHO SBS, SOUZA KV. Rede cegonha e desafios metodológicos de implementação de redes no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 26, n.3, p.775-780, 2021.
26. Hoffman KM, Trawalter S, Axt JR, OLIVER MN. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about bio - logical differences between blacks and whites. **Proc. Natl. Acad. Sci. U S A**, p.4296-4301, 2016;
27. IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.
28. INAGAKI ADM, LOPES RJPR, CARDOSO NP, FEITOSA LM, ABUD ACF, RIBEIRO CJN. Fatores Associados à humanização da assistência em uma maternidade pública. **Revista de enfermagem**, vol.12, n.17, p.1879-1886, 2018.
29. KOTTWITZ F, GOUVEIA HG, GONÇALVES CA. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. **Revista da Escola Anna Nery**, vol.22, n.1, p.1-8, 2018.
30. LEAL MC et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.33, p.1-17, 2017.
31. LEAL NP, VERSIANI MH, LEAL MC, SANTOS YRP. Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.26, n.3, p.941-950, 2020.
32. Lima KD, Pimentel C, Lyra TM. Disparidades raciais: Uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Out. 2019.
33. MEDEIROS RMK, DAVI LA, CARDOS SRM, MAIER SRO, GIMENES LCV, SUDRÉ GA. Aspectos relacionados à preferência da gestante pela via de parto. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, vol.08, n.1, p.603-621, Jan. 2017.
34. OLIVEIRA LLF, TREZZA MCSF, SANTOS AAP, MELO GC, SANCHES METL, PINTO LMTR. As vivências de conforto e desconforto da mulher durante o trabalho de parto e parto. **Revista Enfermagem UERJ**, vol.25, p.1-5, Nov. 2017.
35. OLIVEIRA, BMC; KUBIAK, F. Racismo Institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.43, n.122, p.939-948, jul-set. 2019.
36. PEDROSO CNLS, LOPEZ LC. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre- RS. **Revista de Saúde Coletiva**, vol.27, n.4, p.1163-1184, set. 2017.

37. PINTO LMTR, TREZZA MCSF, SANTOS AAP, MELO GC, SILVA JMO, OLIVEIRA LLF. O manejo alimentar durante o trabalho de parto a percepção da mulher. **Revista Enfermagem UERJ**, vol.25, p.1-6, nov. 2017.
38. RAMOS WMA, AGUIAR BGC, CONRAD D, PINTO CB, MUSSUMECI PA. Contribuição da enfermeira obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. **Revista Fund. Care Online**, vol.10, n.1, p.173-179, Jan. /mar. 2018.
39. REIS DS. Saberes encruzilhados: (de) colonialidade, racismo epistêmico e ensino de filosofia. **Educar em Revista**. vol. 36, p.1-120, 2020.
40. SCARTON J, RESSEL LB, SIQUEIRA HCH, RANGEL RF, TOLFO F, WEYKAMP JM. Care practices in normal birth: the experience of primiparous women. **Revista online de pesquisa**, vol.10, n.1, p.17-23, jan./mar. 2018.
41. SANTOS, ABB et al. Grau de Conhecimento das Gestantes do Serviço Público Sobre Parto Humanizado. **Arquivos brasileiros de Ciências da Saúde**, vol.44, n.3, p.172-179, 2019.
42. SILVA, MRB, SILVA, HCDA, SANTOS, C, MONTEIRO, HS, ESTEVAM, P, SANTOS, AIX. Tecnologias não invasivas: conhecimento das mulheres para o protagonismo no trabalho de parto. **Revista Nursing**, vol.23, n.263, p.3729-3735, abr. 2020.
43. SILVA GF, MOURA MAV, QUEIROZ ABA, PEREIRA ALF, CARVALHO ALO, NETTO LA. Possibilidades para a mudança do modelo obstétrico hegemônico pelas enfermeiras obstétricas. **Revista Enfermagem UERJ**, vol.28, p.1-6, out. 2020.
44. SOUSA LMM, VIEIRA-MARQUES CMA, SEVERINO SSP, ANTUNES AV. A metodologia de revisão integrativa de literatura em enfermagem. **Revista Investigação em Enfermagem**, v.1, p. 17-26. 2017.
45. TEIXEIRA PC, ANTUNES LS, DUAMARDE LTL, VELLOSO V, FARIA GPG, OLIVEIRA TS. Percepção das parturientes sobre violência obstétrica: a dor que querem calar. **Revista Direitos da Mulher**, vol.23, n.261, p.3607-3615, fev. 2020.
46. THEOPHILO, RL, RATTNER, D, PEREIRA, RE. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da ouvidoria ativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.23, n.11, p.3505-3516, 2018.
47. WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, set. 20



# SOBRE O ORGANIZADOR

## **Rossano Sartori Dal Molin**

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade de Caxias do Sul, Especialização em Enfermagem Obstétrica, Especialização em Gestão do Trabalho Pedagógico, Especialização em Anatomia Funcional e MBA em Gestão de Instituições de Ensino Superior, sendo esse último com estágio na University of Turku na Finlândia, onde desenvolveu estudos acerca da pedagogia da inovação e o uso de indicadores na gestão universitária. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, na linha de pesquisa intitulada Estudos e Práticas da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente. Doutor em Pediatria e Saúde da Criança pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS, onde desenvolveu pesquisas na temática da asma infantil. Tem experiência em enfermagem, especialmente na área da saúde da mulher, recém-nascido, criança, fundamentos de enfermagem, saúde coletiva e gestão. Ainda, experiência em gestão pedagógica, assim como processos educacionais, construção de currículos e projetos de cursos, nos diferentes níveis de formação profissional. Atualmente é professor da FSG Centro Universitário, na área da Saúde da Mulher e da Criança, Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP/HP, Coordenador de Ensino e Pesquisa do Hospital Pompéia de Caxias do Sul e Diretor da Escola de Saúde do Hospital Pompéia - ESHP.

**Lattes:** <http://lattes.cnpq.br/35345824084668461>

# ÍNDICE REMISSIVO

## A

**Aleitamento Materno:** 142, 143

**Assistência de Enfermagem:** 41

**Autocuidado:** 30

## C

**Câncer Cervical:** 51

**Câncer de Colo de Útero:** 50, 51, 60

**Câncer de Colo Uterino:** 61

**Cariótipo:** 103, 105, 108

**Casas de Parto:** 145, 147

**Causas de Morte:** 155, 157, 158

**Chupeta:** 131, 135, 136

**Comportamento:** 67, 69, 291

**Conhecimento:** 188, 200, 246, 315, 317

**Criança:** 133, 161, 203, 222, 272, 283, 284, 298

**Cuidado da Criança:** 155, 157, 158, 221

## D

**Desmame:** 131, 135

**Diagnóstico:** 46, 56, 103, 105, 123

**Doença Crônica:** 218, 219

## E

**Educação em Saúde:** 40

**Enfermagem:** 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 75, 89, 101, 138, 145, 147, 148, 149, 152, 153, 155, 157, 172, 200, 201, 209, 210, 217, 218, 219, 226, 231, 232, 241, 252, 283, 284, 314, 315, 316, 317

**Enfermeiro Obstétrico:** 145, 147

**Equidade em Saúde:** 303

## F

**Filho:** 188, 228, 229, 230

## G

**Gestação:** 31, 48, 165, 269

**Gestante:** 16, 42

## I

**Incontinência Urinária:** 16, 23, 27

## L

**Lacerações:** 30

**Lesão:** 51

## M

**Mamadeiras:** 131

**Modalidades de Fisioterapia:** 21

**Mortalidade:** 89, 154, 155, 157, 159, 160, 162, 171, 172, 173, 174, 175, 185, 186, 254, 255, 257, 268, 269, 273

**Morte Materna:** 255, 261

## N

**Nascimento:** 41, 77, 146, 156, 169, 173, 182, 200, 315

**Neonatologia:** 175

## O

**Obstetrícia:** 53, 60, 61, 89, 90, 100, 145, 147, 153, 234, 236

## P

**Pai:** 241, 243, 295

**Papilomavírus:** 51, 53

**Parto:** 33, 39, 146, 149, 152, 233, 234, 251, 274,

277, 303, 305, 315, 317

**Parto Humanizado:** 303

**Peso ao Nascer:** 180

**Profissional de Enfermagem:** 147, 148, 212, 221, 223, 231, 243

**Puerpério:** 70, 71, 149, 188, 277, 282

## R

**Recém:** 164, 241, 242, 251, 272, 274, 279, 295

**Risco:** 23, 43, 45, 46, 48, 51, 54, 55, 57, 61, 65, 73, 74, 75, 84, 85, 93, 119, 120, 124, 125, 129, 133, 137, 138, 140, 149, 150, 159, 160, 161, 165, 167, 169, 172, 181, 182, 183, 185, 186, 189, 196, 206, 222, 230, 236, 249, 254, 256, 257, 258, 262, 263, 265, 266, 274, 275, 278, 279, 280, 281, 288, 313

## S

**Saúde Pública:** 175

**Sentimentos:** 188, 192, 193, 195, 246

**Serviços de Saúde:** 43, 78, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 156, 160, 170, 176, 181, 195, 212, 214, 228, 231, 236, 274, 281, 304, 312, 314

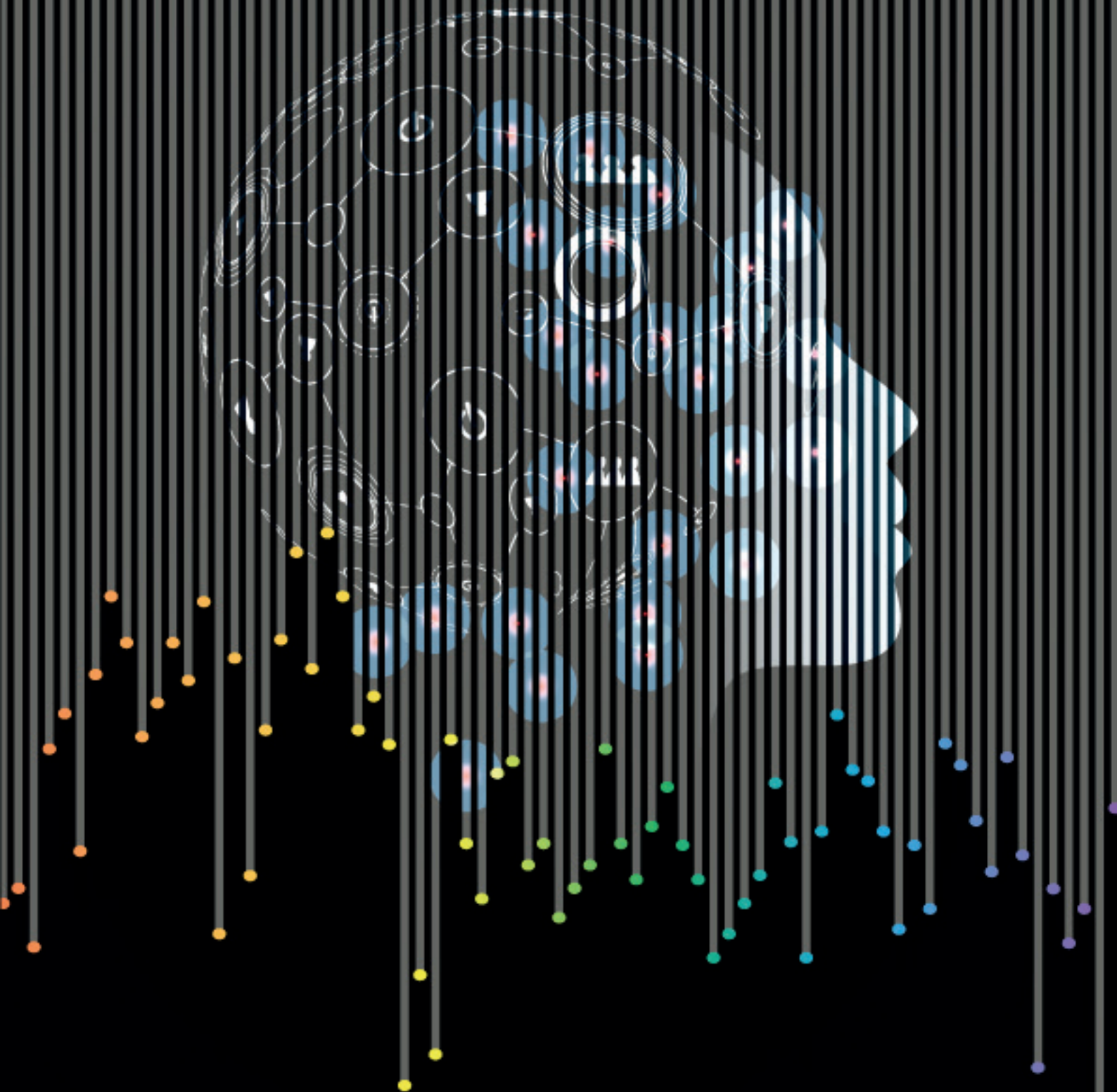
**Sífilis Congênita:** 200

**Sucção de Dedo:** 131

## T

**Tecnologia:** 271, 273, 274, 278, 279, 281, 282, 315

**Triagem:** 66, 103, 279



[www.editoracientifica.org](http://www.editoracientifica.org)

[contato@editoracientifica.org](mailto:contato@editoracientifica.org)



VOLUME 2

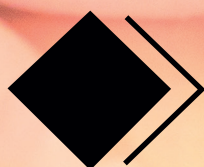
ISBN 978-658982699-6



VENDA PROIBIDA - ACESSO LIVRE - OPEN ACCESS

# **SAÚDE DA MULHER E DO RECÉM-NASCIDO**

**POLÍTICAS, PROGRAMAS E ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR**



editora  
científica digital