

Ana Maria Aguiar Frias
Cláudia Catarina Granjo Agostinho
(Organizadoras)



A OBRA PRIMA

a arte de cuidar no início da vida



editora
científica digital

Ana Maria Aguiar Frias
Cláudia Catarina Granjo Agostinho
(Organizadoras)

A OBRA PRIMA

a arte de cuidar no início da vida

1ª EDIÇÃO



editora
científica digital

2021 - GUARUJÁ - SP



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

Diagramação e arte	2021 by Editora Científica Digital
Equipe editorial	Copyright© 2021 Editora Científica Digital
Imagens da capa	Copyright do Texto © 2021 Os Autores
Adobe Stock - licensed by Editora Científica Digital - 2021	Copyright da Edição © 2021 Editora Científica Digital
Revisão	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 pela origem e no formato Acesso Livre (Open Access) com os créditos atribuídos aos respectivos autores, mas sem a possibilidade de alteração de nenhuma forma, catalogação em plataformas de acesso restrito e utilização para fins comerciais.



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

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

013

LA obra prima [livro eletrônico] : a arte de cuidar no início da vida / Organizadoras Ana Maria Aguiar Frias, Cláudia Catarina Agostinho. – Guarujá, SP: Científica Digital, 2021.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5360-021-8
DOI 10.37885/978-65-5360-021-8

1. Maternidade. 2. Recém-nascidos – Cuidados. 3. Saúde. I. Frias, Ana Maria Aguiar. II. Agostinho, Cláudia Catarina.

CDD 610.73

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



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



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

Julianno 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 Rodriguess 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 Ceara, 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

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

Elisângela 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

Nássarah Jabur Lot Rodrigues

Universidade Estadual Paulista, Brasil

José Aderval Aragão

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

Caroline Muñoz Cevada Jeronymo

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

Aline Silva De Aguiar

Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil

Renato Moreira Nunes

Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil

Júlio Nonato Silva Nascimento

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

Cybelle Pereira de Oliveira

Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Cristianne Kalinne Santos Medeiros

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Fernanda Rezende

Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Estudo em Educação Ambiental, Brasil

Clara Mockdece Neves

Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil



APRESENTAÇÃO

A Obra Prima: a arte de cuidar no início da vida, retrata a mestria da arte de cuidar e metaforiza o que o Homem considera que um filho seja... a sua Obra Prima.

As organizações académicas são unânimes na premissa de que, a prática deve resultar de uma reflexão baseada na evidência e que os seus resultados permitem ampliar a qualidade e o avanço na atuação dos profissionais de saúde. Apesar do aumento da produção científica nos últimos anos, prevalece uma lacuna entre a pesquisa e a prática clínica. Consciencializar os profissionais, os gestores e principalmente os atores principais sobre estas práticas e os seus resultados, concorre-se para a melhoria dos cuidados em todas as dimensões de atuação, neste caso em concreto, no cuidado materno-infantil.

Um agradecimento especial aos autores por disponibilizarem as suas pesquisas que permitiram a realização deste livro. Através das habilidades dos profissionais de saúde e perícia de alguns especialistas na área, acompanha-se a família talvez numa das fases mais desafiadoras da vida. É imprescindível demonstrar os resultados que os estudos traduzem nos cuidados prestados. Urge, então, a necessidade do seu impacto ser revelado. A Obra Prima pretende ser mesmo a arte de cuidar no início da vida.

Ana Maria Aguiar Frias
Cláudia Catarina Granjo Agostinho

SUMÁRIO

CAPÍTULO 01

DUAS DÁDIVAS E UM DILEMA: AMAMENTAÇÃO DURANTE A GRAVIDEZ

Cláudia Agostinho; Ana Frias

doi 10.37885/211106664..... 15

CAPÍTULO 02

INFLUÊNCIA DE FACTORES SOCIOECONÓMICOS, ANTROPOMÉTRICOS E NUTRICIONAIS EM MULHERES GRÁVIDAS ESPANHOLAS E ESTRANGEIRAS NUM CONTEXTO RURAL

Mercedes De Dios-Aguado; Sagrario Gómez-Cantarino; María Teresa Agullo-Ortuño; Alba Martín Forero-Santacruz; Benito Yañez-Araque; Brígida Molina-Gallego; María Idoia Ugarte-Gurrutxaga

doi 10.37885/210906069 31

CAPÍTULO 03

VINCULAÇÃO PATERNA NO PRÉ-NATAL

Sara Filipa Garrido Coração Franco; Cátia Alexandra Martins Cordeiro; Sónia Rodrigues Espanhol; Ana Maria Aguiar Frias

doi 10.37885/210805701..... 46

CAPÍTULO 04

PRÉ-NATAL DO PAI/PARCEIRO: ANÁLISE DAS IMPLICAÇÕES PARA INCLUSÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM

Maria das Neves Figueiroa; Maria Lúcia Neto de Menezes; Estela Maria Leitte Meireles Monteiro; Maria Clara Nascimento de Albuquerque Sousa; Raquel Rufino Silva; Afonso Henrique Fernandes de Melo; Maria Eloisa dos Santos Silva; Ana Beatriz Andrade Lima

doi 10.37885/210906232..... 59

CAPÍTULO 05

CONTRIBUIÇÃO DA EDUCAÇÃO SEXUAL FRENTE A GRAVIDEZ O ABORTO NA ADOLESCÊNCIA

Maria Izabel Cosme de Brito; Edivaldo Xavier da Silva Junior

doi 10.37885/211006497..... 70

CAPÍTULO 06

REGISTROS FOTOGRÁFICOS DAS GESTANTES: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA ENTRE A UNIVERSIDADE E A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE PARA O RESGATE DA AUTOESTIMA

Leticia Miranda Silva; Daisy de Rezende Figueiredo Fernandes; Ana Carolina Lanza Queiroz; Helisamara Motta Guedes; Bárbara Ribeiro Barbosa; Jessica Sabrina Costa; Eliene Pereira da Silva; Liliane da Consolação Campos Ribeiro

doi 10.37885/211006500 81

SUMÁRIO

CAPÍTULO 07

GRAVIDEZ ECTÓPICA ROTA COM ANTECEDENTE DE LAQUEADURA TUBÁRIA: RELATO DE CASO

Alessandra Renata Felipe; Djaiany Luz Viana; Denise Soares de Alcântara; Loren Kelly Vieira da Silva; Eduardo Henrique Alcântara da Silva

doi 10.37885/211006526 88

CAPÍTULO 08

MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DE CONTROLO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO: REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA

Joana Isabel Relvas Cota Mira; Rita Alexandra Barroso Quito; Ana Filipa Lérias Ferreira Campeão; Tânia Sofia Metrogos Molero; Raquel Alexandra Celestino Hipólito; Ana Maria Aguiar Frias

doi 10.37885/211006513 95

CAPÍTULO 09

REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: FATORES CLÍNICOS QUE INFLUENCIAM A GESTANTE NA ESCOLHA DA VIA DE PARTO VAGINAL

Girlane Santos de Almeida; Joice Queiroz do Nascimento; Letícia Bárbara Souza da Silva; Joventina Julita Pontes Azevedo

doi 10.37885/210805736 111

CAPÍTULO 10

IMPORTÂNCIA DO PARTO NORMAL HUMANIZADO

Rebeca Valéria Ferreira Santos da Silva; Magali Andrade Diniz; Maria das Graças da Silva; Socorro Maria Ventura Pereira Oliveira

doi 10.37885/210805726 124

CAPÍTULO 11

VIVÊNCIA DA MULHER NO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO

Anna Maria de Oliveira Salimena; Ludimila Brum Campos Sampaio; Angela Maria e Silva; ValdecyrHerdy Alves; Diego Pereira Rodrigues; Zuleyce Maria Lessa Pacheco; Thais Vasconcelos Amorim; Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva; Ívis Emília de Oliveira Souza

doi 10.37885/210906081 142

CAPÍTULO 12

NOVAS POSSIBILIDADES NA AVALIAÇÃO DA PROGRESSÃO DO TRABALHO DE PARTO: UMA REVISÃO NARRATIVA

Semírames Ramos Ávila; Aline Rodrigues Feitoza

doi 10.37885/211006469 156

SUMÁRIO

CAPÍTULO 13

EXPERIÊNCIAS E EXPERIÊNCIAS SEXUAIS DE MULHERES PÓS-PARTO: O PAPEL DE MÃE E AMANTE

Alba Martín Forero-Santacruz; Eva Moncunill-Martínez; Mercedes de Dios-Aguado; Cinzia Gradellini; Irene Soto-Fernández; Sagrario Gómez-Cantarino

doi 10.37885/210906033..... 166

CAPÍTULO 14

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PUÉRPERAS EM UMA MATERNIDADE DO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA: IMPLICAÇÕES AO ALEITAMENTO MATERNO

Vitória Régia Sales Lima; Thiane Cristina Wosniak; Ana Paula Xavier Ravelli; Brenda Cristiny Padilha; Mariana Faria Szczerepa de Almeida; Laryssa De Col Dalazoana Baier; Eva Aparecida de Almeida

doi 10.37885/210805918 180

CAPÍTULO 15

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM FRENTE À MELHORIA DE CUIDADOS NO ALEITAMENTO MATERNO: REVISÃO INTEGRATIVA

Ana Clarissa Araújo de Medeiros; Ana Maria Aguiar Frias

doi 10.37885/210906173..... 188

CAPÍTULO 16

AMAMENTAÇÃO E HEPATITE B NA AMAZÔNIA ORIENTAL BRASILEIRA: LINHA DO CUIDADO PERINATAL E OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL – AGENDA 2030

Pilar Maria de Oliveira Moraes; Elisabeth Christine Dias Ribeiro; Manuela Maria de Lima Carvalhal; Thaís de Oliveira Carvalho Granado Santos; Xaene Maria Fernandes Duarte; Luísa Margareth Carneiro da Silva; Jorge Rodrigues de Sousa; Arnaldo Jorge Martins Filho; Lizomar de Jesus Maués Pereira Mória; Juarez Antônio Simões Quaresma

doi 10.37885/211006406 208

CAPÍTULO 17

O PROCESSO DE VINCULAÇÃO DO PAI COM O RECÉM-NASCIDO: UMA REVISÃO NARRATIVA

Ana Filipa Poeira; Alexandre Dias; Lúcia Condinho; Raquel Cerdeira; Ana Frias

doi 10.37885/210705251 222

SUMÁRIO

CAPÍTULO 18

A PARENTALIDADE *MINDFUL* COMO PRÁTICA PARENTAL: ANÁLISE DE CONCEITO

Maria Fátima Graça Frade; Cristiana Furtado Firmino; Luís Manuel Mota de Sousa; João Manuel Graça Frade

doi 10.37885/211006491.....240

CAPÍTULO 19

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

Maria das Neves Figueiroa; Maria Lúcia Neto de Menezes; Estela Maria Leite Meirelles Monteiro; Jael Maria de Aquino; Nathalia de Oliveira Gonzaga Mendes; Priscila Vanessa Tavares da Silva; Raquel Rufino Silva; Renata Carneiro da Silva

doi 10.37885/211006532256

CAPÍTULO 20

PERINATAL ASPHYXIA: FACTORS ASSOCIATED WITH NONCOMPLIANCE IN THE SPECIALIZED OUTPATIENT TREATMENT

Záira Moura da Paixão Freitas; Carlos Umberto Pereira; Débora Moura da Paixão Oliveira; Clarissa Melo Menezes; Edênya Santos da Silva Felix; Ana Cristina dos Santos

doi 10.37885/211006453270

CAPÍTULO 21

INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES LOCAIS E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO EM NEONATOS

Derdried Athanasio Johann; Priscila Mingorance; Jolline Lind; Mitzy Tannia Reichembach Danski

doi 10.37885/210906108282

CAPÍTULO 22

PREMATURITY AND MATERNAL HEALTH CONDITIONS INFLUENCE ON PLASMA GLUCOSE AND TRIGLYCERIDE LEVELS IN NEWBORNS AT SIX MONTHS OF CORRECTED AGE

Bruna Juliana Zancanaro Frizon; Grasielly Masotti Scalabrin Barreto; Hugo Razini de Oliveira; Ana Tereza Bittencourt Guimarães; Claudia Silveira Viera; Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso; Talita Bavaresco; Álvaro Largura; Sabrina Grassioli

doi 10.37885/210805675294

CAPÍTULO 23

FACTORS ASSOCIATED WITH INFANT MORTALITY IN A NORTHEASTERN BRAZILIAN CAPITAL

Sheila Lima Diógenes Santos; Luciano Brito Santos; Viriato Campelo; Ana Roberta Vilarouca da Silva

doi 10.37885/211006524307

SUMÁRIO

CAPÍTULO 24

HISTERECTOMIA PÓS-PARTO DE EMERGÊNCIA EM MATERNIDADE PÚBLICA DE CUIDADOS DE ALTO RISCO NO ESTADO DO AMAZONAS

Lucas Simas de Souza; Andreia Ferreira de Souza

doi 10.37885/210906073 325

CAPÍTULO 25

ANSIEDADE E DEPRESSÃO PÓS-PARTO E SUA RELAÇÃO COM VARIÁVEIS GESTACIONAIS E ESTILO DE VIDA DA PUERPERA: UM REFERENCIAL TEÓRICO

Racire Sampaio Silva; Hudson José Cacau Barbosa; Vania Paula Damasceno Ribeiro; Marcio Fronza

doi 10.37885/210906071 339

CAPÍTULO 26

GRUPO DE GESTANTES DE ALTO-RISCO COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Francisca Liduina Cavalcante Alves; Elaine Meireles Castro; Flávia Keli Rocha Souza; Maria Cleene Pereira de Sousa Lira; Francisca Leonilda Sampaio Rodrigues; Lívia de Paulo Pereira

doi 10.37885/211006468 349

SOBRE AS ORGANIZADORAS 362

ÍNDICE REMISSIVO 363

Duas dádivas e um dilema: amamentação durante a gravidez

| **Cláudia Agostinho**

Hospital Lusíadas Lisboa, Portugal

| **Ana Frias**

Universidade de Évora - Évora, Portugal

RESUMO

A Amamentação (AM) é recomendada pela OMS, de forma exclusiva nos primeiros seis meses de vida e continuada de forma complementar até dois anos ou mais. Atualmente, assiste-se ao aumento da idade da mulher (i.e 30,7 anos da mulher em 2020) ao nascimento do primeiro filho e um menor espaçamento entre o 2.º e o 3.º filho, caso seja essa a decisão do casal. Logo, se a mulher pretender dar continuidade ao sugerido pela OMS, amamentar até ao mínimo de dois anos, e promover para o aumento da natalidade, estas duas escolhas podem coincidir. Pretende-se revisar os efeitos da AM durante a gravidez relativamente ao risco de parto pré-termo, baixo peso à nascença e alterações nutricionais da grávida que amamenta. Questão de investigação: Quais as consequências de amamentar durante a gravidez na grávida, feto e/ou criança amamentada? Revisão bibliográfica de artigos de 2012 a 2021, realizada nas bases de dados electrónicas: *Academic Search Complete*, PubMed, MEDLINE, CINAHL e *MedicLatina*, assim como em livros de referência médica fidedignos. Na literatura científica, encontraram-se publicações sobre os efeitos da AM durante a gravidez, que nos permite informar a mulher/casal para que possam perpetuar o que visa a OMS, se for essa a vontade, conscientes das consequências da sua tomada de decisão.

Palavras-chave : Breast Feeding, Pregnancy, Milk, Human, Infant, Newborn, Adverse Effects.

■ INTRODUÇÃO

Desde 1991, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) em associação com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), têm vindo a promover o aleitamento materno (AM) como forma de garantir a qualidade da saúde das crianças, através de uma nutrição adequada e a baixo custo (LEVY; BÉRTOLO, 2012). Recomendam o aleitamento materno exclusivo (AME) desde a primeira meia hora de vida até aos seis meses, sendo necessário complementar-se com outros alimentos nutricionalmente adequados, até aos dois ou mais anos de vida (SARDO, 2016).

Contudo, segundo o relatório de 2010-2011 do Registo Nacional de Aleitamento Materno, Portugal apresenta uma taxa de AME até aos 5 meses de 14.7% e uma manutenção até aos 18 meses de 10% (ORFÃO; SANTOS; GOUVEIA; SANTOS, 2014). Estudos indicam que a multiparidade relaciona-se significativamente com maior número de mulheres a praticarem o AME aos seis meses e com manutenção do aleitamento até aos dois anos de idade (GASPAR; LUZ; GOMES; GONÇALVES, 2015).

De acordo com o relatório *Association between Characteristics at Birth, Breastfeeding and Obesity in 22 Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI 2015/2017* a prática do AME está abaixo das recomendações globais e afastada do objetivo de aumentar a sua prevalência nos primeiros 6 meses de vida, em pelo menos 50% até 2025 (RITO; BUONCRISTIANO; SPINELLI; SALANAVE *et al.*, 2019).

O AME tem a capacidade de suprir todas as necessidades energéticas do bebé até aos seis meses, exceto em situações específicas (LEVY; BÉRTOLO, 2012). A partir dessa altura a alimentação do bebé deverá ser complementada, com outros alimentos, dado que o leite materno consegue sustentar cerca de metade das suas necessidades energéticas, e até aos dois anos ou mais este tem a capacidade de fornecer um terço da energia necessária às exigências vitais deste (SARDO, 2016). De entre as inúmeras vantagens da amamentação está a regulação da ingesta alimentar e o balanço energético proporcionado por hormonas e fatores biológicos que o próprio leite contém. A associação entre os diversos constituintes, institui a modulação dos processos fisiológicos a longo prazo, na criança, através da manutenção do equilíbrio energético (RITO; BUONCRISTIANO; SPINELLI; SALANAVE *et al.*, 2019).

Estudos fundamentam que esta prática não só favorece o bebé como a mãe. O bebé, no sentido em que evita o excesso de peso e obesidade na infância (RITO; BUONCRISTIANO; SPINELLI; SALANAVE *et al.*, 2019) e reforça o sistema imunitário no primeiro e segundo anos de vida, na mãe reduz a incidência de cancro da mama, tem efeito protetor no cancro do ovário, a perda de peso após o nascimento é mais rápida e pode ser utilizado, segundo regras específicas, como método contraceutivo – Método de Amenorreia Lactacional

(LEVY; BÉRTOLO, 2012; SARDO, 2016). Desta forma, contribui-se para a melhoria económica, social e ecológica de toda a população do país com impacto a nível mundial (RITO; BUONCRISTIANO; SPINELLI; SALANAVE *et al.*, 2019).

Em Portugal, atualmente, esta prática tem uma incidência de cerca de 95% à nascença, diminuindo nos restantes meses de vida, sendo que aos seis meses apenas amamentam 11% das mulheres. Longe está da meta estabelecida pela OMS para esta altura, os 50% (SARDO, 2016).

Atualmente, melhores métodos de controlo da natalidade, maior investimento por parte da população na sua evolução académica, profissional e pessoal e, conseqüentemente, a realização de casamentos tardios, levam a que o projeto da maternidade venha a ser adiado. Na base desta tomada de decisão está o avanço dos métodos contraceptivos, o aumento da instrução da população, maior participação da mulher no mercado de trabalho, a urbanização e o menor controlo social. No entanto, os últimos dados obtidos em Portugal destacam que a vontade de ter ou não filhos é o motivo mais importante nesta tomada de decisão (INE, 2019).

Os casais ao optarem por um menor espaçamento entre os seus filhos, com alteração do valor da criança, e o incentivo na promoção do AM prolongado, pode resultar numa maior prevalência da amamentação durante uma gestação subsequente, denominada por lactogestação.

Algumas mulheres optam pelo desmame precoce do bebé, quando sabem que estão grávidas, fundamentadas pelas suas próprias crenças, pressão social ou após aconselhamento profissional. Na base do aconselhamento dos profissionais de saúde para o desmame precoce, reside a preocupação de surgir um aborto espontâneo, um parto pré-termo e o receio pelo rápido esgotamento nutricional por parte da grávida que amamenta (LÓPEZ-FERNÁNDEZ; BARRIOS; GOBERNATRICES; GÓMEZ-BENITO, 2017).

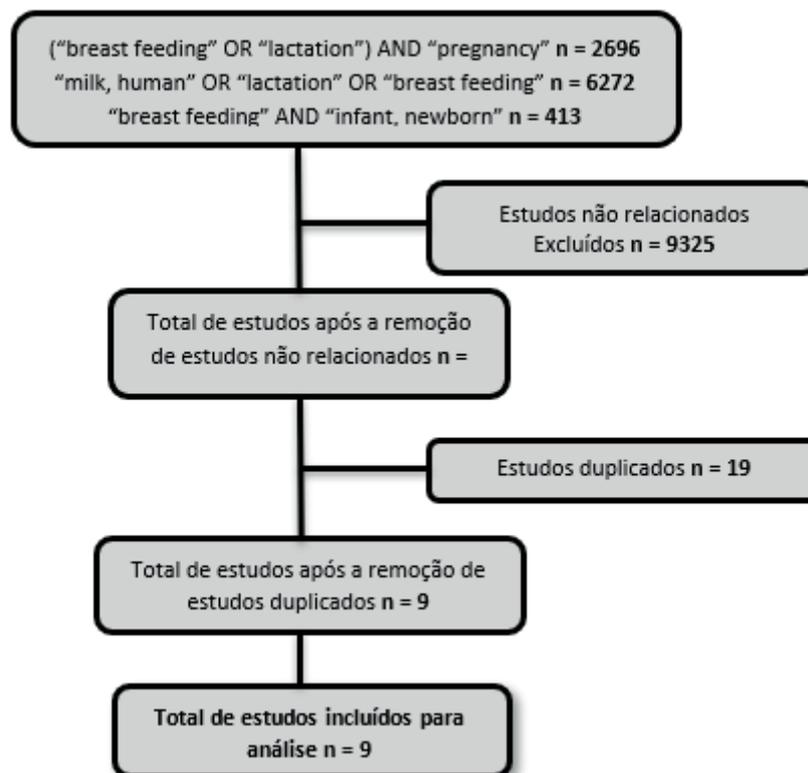
Os provedores de saúde ao serem confrontados com o aconselhamento da continuidade ou não da amamentação durante a gravidez, é-lhes imposto uma recomendação baseada na evidência e por esse motivo se destaca objetivo desta revisão.

■ METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada através das bases de dados: *Academic Search Complete*, PubMed, MEDLINE, CINAHL e *MedicLatina*, assim como em livros de referência médica fidedignos. Utilizaram-se os descritores MeSH: “*breast feeding*”; “*pregnancy*”; “*milk, human*”; “*infant, newborn*” e “*adverce effects*” em associação com os operadores booleanos “AND” e “OR”. As pesquisas em bancos de dados eletrônicos foram complementadas por pesquisas individuais de edições recentes de periódicos relevantes, e leitura selecionada das referências citadas em artigos elegidos.

A pesquisa incluiu as produções registadas entre 2012 e 2021. Os critérios de inclusão foram: artigos escritos em português e inglês, publicados no âmbito nacional e internacional que se enquadravam no objetivo da revisão e que traduziam resultados maternos, da gravidez, recém-nascidos e em crianças amamentadas durante a lactogestação. Como critérios de exclusão definiram-se os artigos cujo tema não se centrava na amamentação durante a gravidez.

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



■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de extração de dados e síntese foi realizada por dois revisores de forma independente. Os desacordos existentes foram discutidos com recurso a um terceiro revisor.

Mamogénese e lactogénese na gravidez

A mama é uma estrutura especializada na produção de leite, menos organizada no homem do que na mulher, que sofre um considerável desenvolvimento a partir da puberdade, atingindo o seu maior desenvolvimento durante os últimos meses de gravidez e na lactação (JÚNIOR; ROMUALDO, 2010; ÓRFÃO; GOUVEIA, 2009). Esta é constituída por parênquima de tecido granular (glândula mamária que duplica na altura da lactação) envolvido por estroma fibroadiposo. Apresenta, também a papila mamária, o mamilo, constituída por fibras musculares lisas e por ductos lactíferos que terminam na sua extremidade rugosa, zona esta, extremamente enervada. Ao conjunto das estruturas do mamilo e aréola da mama pode denominar-se por, complexo areolomamilar (JÚNIOR; ROMUALDO, 2010). A aréola é composta por glândulas sebáceas modificadas (glândulas areolares), que durante a gravidez e a lactação hipertrofiam e formam os tubérculos areolares, glândulas de Montgomery, responsáveis pela lubrificação do mamilo e da aréola durante a sucção, ao produzirem uma substância oleosa e antisséptica (JÚNIOR; ROMUALDO, 2010). Esta estrutura contém, também, fibras musculares involuntárias, que pela a ação da oxitocina contraem e provoca a ereção do mamilo (ÓRFÃO; GOUVEIA, 2009).

Independentemente de existir, ou não, uma pequena dilatação do ducto lactífero próximo ao mamilo (seio lactífero) durante a amamentação, as evidências baseadas na produção e ejeção de leite demonstram que o sistema de ductos lactíferos na mulher tem um papel primordial no transporte de leite e pouca importância no seu armazenamento.

O hipotálamo é uma glândula extremamente importante neste processo. A hipófise, anatomicamente conectada ao hipotálamo, é composta pela neuro e pela adeno-hipófise.

Devido ao aumento do estrogénio e progesterona, durante a gravidez, secretados inicialmente pelo corpo lúteo e, posteriormente, pela placenta (GRAÇA, 2017) sob controlo das hormonas da hipófise anterior (FSH e LH), dependentes da hormona responsável pela libertação das gonadotrofinas (GnRH), a mama completa o seu desenvolvimento – lactogénese I (CARVALHO; GOMES, 2017; ÓRFÃO; GOUVEIA, 2009). Os estrogénios são responsáveis pelo desenvolvimento dos ductos mamários, pelo aumento do estroma e deposição de gordura nas mamas. A progesterona atua de forma sinérgica com os estrogénios no crescimento do sistema ductal, principalmente na diferenciação das extremidades dos ductos em alvéolos (formações arredondadas com paredes formadas por células diferenciadas pré-secretoras e células mioepiteliais) (CARVALHO; GOMES, 2017).

Após o parto e a expulsão da placenta, diminui abruptamente a fonte de hormonas coriônicas e os níveis de estrogénios e progesterona, dando-se o aumento da ação da prolactina, juntamente com outras hormonas, que fazem com que a glândula mamária conclua a sua maturação e diferenciação em órgão produtor de leite (CARVALHO; GOMES, 2017).

Contudo, esta hormona já vem sendo responsável pelo crescimento do epitélio secretor e a consequente produção de colostro, a meio da gravidez (JÚNIOR; ROMUALDO, 2010). Durante este processo, o efeito estimulante muscular da ocitocina dá-se simultaneamente na mama e ao nível do útero, no pós-parto (LEVY; BÉRTOLO, 2012).

As células neurosecretoras do hipotálamo sintetizam a ocitocina, que é conduzida pela neuro-hipófise até à corrente sanguínea. A regulação da libertação da prolactina da adeno-hipófise é também da responsabilidade do hipotálamo (JÚNIOR; ROMUALDO, 2010).

Cerca de 30 a 40 horas após o parto inicia-se a secreção do leite (lactogénese II) com um pico, “subida do leite”, por volta das 70 horas, independentemente de ter havido ou não estimulação da mama (ÓRFÃO; GOUVEIA, 2009). Este reflexo é da responsabilidade da ocitocina, que garante a contração mioepitelial dos alvéolos mamários, resultando na ejeção do leite para os ductos e seu fluxo pelo mamilo (ÓRFÃO; GOUVEIA, 2009). Esta hormona é produzida mais rapidamente que a prolactina, fazendo com que o leite que já está na mama flua para cumprir a amamentação naquela mamada, embora esteja dependente dos estímulos emocionais, cuja síntese é inibida pelos estímulos negativos e estimulada pelos positivos (ÓRFÃO; GOUVEIA, 2009).

O estabelecimento da amamentação dá-se ao fim de alguns dias, estimulado pela interação mãe-bebé, existindo um perfeito desenvolvimento coontológico dos organismos da mãe e do bebé – lactogénese III (CARVALHO; GOMES, 2017; ÓRFÃO; GOUVEIA, 2009). Contudo, a produção de prolactina tem tendência a diminuir, mas a manutenção da lactação não será prejudicada uma vez que a secreção do leite está diretamente relacionada com o esvaziamento da mama, isto é, a frequência da mamada ou a remoção do leite, e não com a concentração desta hormona (ÓRFÃO; GOUVEIA, 2009).

Se a amamentação não for interrompida, a produção de leite pode continuar durante anos, independentemente das alterações endócrinas existentes, como as que ocorrem nos ciclos menstruais e até numa nova gravidez (JÚNIOR; ROMUALDO, 2010).

Efeito da ocitocina na gravidez

Durante a gravidez, o útero passa por diversos estados morfológicos e fisiológicos. No início encontra-se pouco reativo aos estímulos contrácteis, mantendo-se o colo formado e fechado. Numa fase seguinte, dá-se um conjunto de fatores mecânicos, endócrinos e parácrinos, no sentido de prepararem o útero e colo para o trabalho de parto (NUNES, 2017).

Os recetores de ocitocina surgem nas células do miométrio aproximadamente às 13 semanas de gestação, aumentando gradativamente até 12 vezes na fase final da gravidez, e substancialmente com o início do trabalho de parto. A sua distribuição é heterogénea com maior disposição ao nível do fundo uterino e menor no segmento inferior e colo. Os estrogénios

aumentam a concentração destes recetores no miométrio e a progesterona diminui a sua ação (NUNES, 2017).

O mecanismo para o início do trabalho de parto nos humanos está ainda por deslindar. Parecem ser a $PGF2\alpha$ e a $PGE2$, os principais agentes que provocam as contrações uterinas, assim como o aumento de estrogénios a nível plasmático, apesar de não haver um aumento abrupto desta hormona imediatamente antes do parto (KOTA; GAYATRI; JAMMULA; KOTA *et al.*, 2013; NUNES, 2017).

No início do trabalho de parto, a ocitocina começa a ser excretada em pulsos de frequência crescente, e os recetores a esta hormona também aumentam, inibindo a produção de $PGF2\alpha$. Contudo a ocitocina também pode atuar indiretamente, estimulando o âmnios e a decídua para produzirem prostaglandinas, que conseqüentemente, potencia a atividade contráctil do músculo uterino (NUNES, 2017).

A progesterona é uma das hormonas essenciais à manutenção da gravidez. Inicia a sua influência durante a fase secretória do ciclo menstrual e posteriormente, promove o relaxamento do músculo liso. Entre as 6 e as 10 semanas de gravidez há uma *insignificante* concentração desta hormona que aumentará entre as 8-10 semanas, altura em que coincide com a cedência de papéis do corpo lúteo para a placenta, como fonte de produção desta hormona (GRAÇA, 2017). A presença desta hormona, em associação com outras substâncias, como a prostaciclina e o óxido nítrico, são inibidores das prostaglandinas pela decídua, impedindo a contractilidade miometrial e, por conseguinte, garante a quiescência uterina durante a gestação até próximo do seu término (KOTA; GAYATRI; JAMMULA; KOTA *et al.*, 2013).

À medida que se aproxima o termo da gestação, formam-se *gap junctions*, que são conexões intercelulares no músculo liso do útero, responsáveis pela passagem de corrente (elétrica ou iónica), e de pequenas moléculas entre as células. Estes *gap junctions* estão ausentes durante toda a gravidez, aparecendo no fim da gestação e desaparecendo até 24 horas após o parto (GRAÇA, 2017). Os estrogénios desempenham um papel fundamental no aumento dos recetores da ocitocina e o aumento gradual dos *gap junctions* miometriais.

A diminuição funcional da progesterona no final da gravidez, juntamente com a ação dos seus dois recetores principais (PR-A e PR-B), permite a libertação de prostaglandinas. Considera-se que a presença das prostaglandinas, o aumento dos recetores de ocitocina e a formação dos *gap junctions* são os três fatores desencadeantes da atividade contráctil do músculo uterino e do amadurecimento do colo – impulsadores do trabalho de parto (GRAÇA, 2017; KOTA; GAYATRI; JAMMULA; KOTA *et al.*, 2013; MESIANO; WANG; NORWITZ, 2011).

Sociedade atual e planeamento familiar

Com o planeamento familiar surgiu a oportunidade de o indivíduo/casal decidir, controlar e planear o número de filhos que pretende ter e o espaçamento entre os nascimentos, considerando-se esta condicionalidade um direito que assiste a todos os indivíduos e famílias (DGS, 2001). O número de filhos “ideal” passa a ser aquele que permite uma condição de vida familiar com menos privações e sacrifícios e uma maior probabilidade de ascensão social (MENDES; INFANTE; AFONSO; MACIEL *et al.*, 2016b).

O impacto das estratégias de controlo da natalidade fez com que se passasse de uma situação de elevada fecundidade, cujo índice sintético de fecundidade (ISF) de 2,99 filhos em 1971 para 1,42 em 2019. Os níveis de fecundidade permaneceram inferiores ao limiar de 2,1 filhos por mulher, acompanhando os restantes países europeus na não substituição de gerações e a idade média materna ser superior a 26 anos. A fecundidade em Portugal acompanhou o declínio do número de nascimentos existente na Europa, embora não tenha chegado a níveis em que seja necessária uma intervenção social drástica (INE, 2019).

Porém, o último relatório de fecundidade de 2019 sugere um novo referencial social, aludindo que a decisão parental de ter ou não filhos, passa pela vontade do casal em detrimento das circunstâncias e/ou dificuldade vividas no momento, como noutras alturas (INE, 2019).

Relativamente à idade da mulher ao nascimento do primeiro filho aumentou entre 2014 e 2019, dos 29,2 para 29,9 anos e a idade média das mulheres ao nascimento de um filho de 30,7 para 31,4 anos (INE, 2020). No ano de 2019 ocorreu o aumento do nascimento de segundos filhos em 35,7% e de terceiros filhos, ou de ordem superior de 12,9%. Em 2019 registou-se um número mais acentuado dos níveis de fecundidade nos grupos etários dos 30-34 anos e 35-39 anos da mulher (INE, 2020). Esta alteração de cenário da fecundidade, da população portuguesa, está associada a diversos fatores, como sendo o aumento do nível de instrução (59% dos homens e 75% das mulheres sem filhos têm o secundário ou mais e 61% dos homens e 51% das mulheres com filhos têm, no máximo, o 3.º ciclo de escolaridade), a emancipação da mulher no mercado de trabalho, a instabilidade ou inexistência de uma relação conjugal, a saída tardia de casa dos pais, acreditar que não ter filhos não interfere com a realização pessoal ou, ainda, acreditar ser preferível ter menos filhos para lhes poder assegurar melhores oportunidades de vida (MENDES; INFANTE; AFONSO; MACIEL *et al.*, 2016a).

Deste estudo destaca-se também que, o espaçamento entre o nascimento do primeiro e do segundo filho é menor nas mulheres com um perfil mais tradicional, em que a mulher desempenha um papel mais ativo nos cuidados às crianças e o pai um papel na estabilidade financeira. No caso de a mulher estar desempregada no nascimento do 1.º filho também

é determinante para ter o 2.º filho mais cedo e até o 3.º (MENDES; INFANTE; AFONSO; MACIEL *et al.*, 2016b).

Amamentando na gravidez

Pelo que fora anteriormente explanado, pode-se inferir que com o aumento da idade no início à maternidade, um menor espaçamento entre os nascimentos, associando o que está preconizado pela OMS no que concerne à amamentação, pode eventualmente, surgir a situação de uma amamentação em simultâneo com a gravidez, caso a mulher tenha decidido levar em diante esta prática tão aconselhada pelas organizações e associações pediátricas.

Quando o profissional de saúde se depara com esta situação, colocam-se diversas questões, que são de suma importância serem esclarecidas e claramente definidas, no sentido de garantir a informação necessária para que a mulher/casal possa(m) tomar a sua decisão de continuar a amamentar durante a gestação ou interromper. Estas dúvidas passam pela dieta aconselhada para a grávida que decide continuar a amamentar, com o desenvolvimento e crescimento do feto, se haverá alteração da quantidade, qualidade e sabor do leite durante a gestação e se esta prática pode resultar ou não num aborto ou trabalho de parto pré-termo. Muito embora hajam estas questões que devem ser respondidas, é fundamental garantir e aceitar a soberana decisão da mulher, apoiando-a e acompanhando-a independentemente da sua decisão (BALCI; GOYNUMER, 2015).

Estado nutricional materno

Amamentar durante a gravidez denomina-se por lactogestação e amamentar um recém-nascido e uma criança mais velha denomina-se por amamentação em tandem.

É indubitável que a amamentação e os dois primeiros trimestres da gravidez têm altos requisitos de energia (LÓPEZ-FERNÁNDEZ; BARRIOS; GOBERNA-TRICAS; GÓMEZ-BENITO, 2017). É recomendado o aumento de alimentos nutritivos durante a gravidez e período de lactação, uma vez que há um dispêndio energético acrescido de 34.6% e 54% de proteínas, sendo que a lactação requer maior quantidade de nutrientes que a gravidez (BALCI; GOYNUMER, 2015). Para além destas alterações, existe uma principal necessidade de aporte adicional de ferro na dieta da mulher grávida que amamenta, uma vez que ocorre uma significativa diminuição da hemoglobina na gravidez simultânea com a amamentação, em comparação com quem não amamenta durante a gravidez, sendo este incremento fundamental para a saúde do feto, da mãe e do lactante (AYRIM; GUNDUZ; AKCAL; KAFALI, 2014). Está descrito que o esgotamento nutricional materno tem impacto também, na diminuição da hemoglobina materna (LÓPEZ-FERNÁNDEZ; BARRIOS; GOBERNA-TRICAS; GÓMEZ-BENITO, 2017).

A associação das duas práticas, embora com a toma de suplementação vitamínica recomendada na gravidez, teve impacto na diminuição das reservas de gordura maternas nos dois primeiros trimestres, mas não ocorre no 3.º nem nos primeiros três meses de pós-parto (LÓPEZ-FERNÁNDEZ; BARRIOS; GOBERNATRIZAS; GÓMEZ-BENITO, 2017).

Existem alguns desconfortos associados a esta prática, como a hiper sensibilidade do mamilo durante a amamentação, a alteração do sabor e composição do leite ao longo da gravidez (ALDEN, 2011), assim como a diminuição da sua produção no 4.º ou 5.º mês de gestação (CENTENO, 2017).

Aborto e ameaça de parto pré-termo

Segundo a OMS o aborto espontâneo consiste no término de uma gravidez, resultante de causas naturais ou acidentais, antes das 22 semanas, ou quando o produto da concepção tem um peso inferior a 500g. É considerado precoce quando ocorre antes das 12 semanas de gestação e tardio quando ocorre entre as 12 e as 22/24 semanas. Está descrito que as anomalias cromossômicas estão presentes em 75% dos produtos de concepção resultantes de aborto espontâneo, principalmente nas primeiras 8 a 10 semanas de gestação (SOTTO-MAYOR, 2016).

Ishii (2009), embora sugira um maior aprofundamento dos dados que obteve do seu estudo, em que das 110 mulheres grávidas que amamentaram, oito resultaram em aborto espontâneo (7.3%) e 65 em 774 gestações (8.4%) do grupo de controlo (mulheres que pararam de amamentar pelo menos três meses antes de engravidarem) (ISHII, 2009).

Al badran (2013) estudou uma população de 215 mulheres grávidas que amamentaram durante a gestação e 280 mulheres grávidas que não amamentaram (grupo de controlo), ambos os grupos sem história doenças prévias ou induzidas pela gravidez e com idades entre os 18 e os 35 anos. Verificou-se que houve uma frequência consideravelmente menor de aborto espontâneo entre as grávidas que amamentaram e as que não amamentaram durante a gestação. Este estudo, assim como o anterior associam este desfecho à “teoria” dos recetores da ocitocina e à ausência de *gap junctions* antes do fim da gravidez, que tornam o útero relativamente insensível à ocitocina (AL BADRAN, 2013). No entanto, neste mesmo estudo a frequência de ocorrência de parto pré-termo em mulheres que estavam a amamentar foi maior, embora sem significância estatística.

Estado nutricional do recém-nascido e da criança amamentada

Os resultados de estudos comparativos sobre o AM durante a gravidez reflete uma insignificante diferença no peso médio ao nascimento do recém-nascido entre os grupos

de mulheres múltiplas que amamentaram durante a gravidez e aquelas que não o fizeram (AL BADRAN, 2013; MADARSHAHIAN; HASSANABADI, 2012).

Estudos realizados não demonstram diferenças significativas na composição do colostro produzido. O teor de proteína encontra-se a níveis mais elevados para o recém-nascido, quando a mãe se encontra a amamentar durante a gravidez do que em comparação com as amostras de leite colhidas após o desmame (SINKIEWICZ-DAROL; BERNATOWICZ-ŁOJKO; ŁUBIECH; ADAMCZYK *et al.*, 2021). O mesmo estudo reforça a importância da amamentação prolongada ao demonstrar que as mulheres que amamentam além de um ano, o teor de gordura e valor energético é similar ao leite maduro de mães que tiveram um parto pré-termo ou de termo. Relativamente à quantidade de proteína existente a diferença é mínima entre ambas as situações referidas, já na proporção da lactoferrina, lisozima e vitamina C ocorre um aumento.

Quanto ao desenvolvimento de ambas as crianças, este mesmo estudo demonstra que aumentam suficientemente o peso corporal, aconselhando ainda que seja dada prioridade à criança mais pequena de forma a suprir as suas necessidades nutricionais uma vez que a mais velha já estará a fazer nutrição complementar (SINKIEWICZ-DAROL; BERNATOWICZ-ŁOJKO; ŁUBIECH; ADAMCZYK *et al.*, 2021).

Motivação para interromper a amamentação ou ocorrência de desmame natural

Além dos inúmeros fatores já mencionados, que podem levar à interrupção da amamentação quando a mulher sabe que está grávida, existem as causas fisiológicas que podem também condicionar a tomada de decisão ou o próprio desmame natural. Wambach (2016) citado por Sinkiewicz-Darol refere que a maioria das mulheres relata alguma diminuição na produção de leite durante a gravidez. Por outro lado, está descrita uma alteração do sabor do leite associado às alterações hormonais que afetam a glândula mamária e que provocam, também um aumento da sensibilidade mamilar.

No entanto, o estudo de Sinkiewicz-Darol (2021), pioneiro no estudo descritivo dos benefícios e percepção materna relacionado com a amamentação em concomitância com a gravidez, reflete que as mulheres manifestam satisfação e alegria além de 90% relatam benefícios associados a esta prática ao realçar a construção de relacionamentos mais fortes e maior proximidade entre ambas as crianças. Apenas uma das mulheres referiu falta de apoio por parte dos familiares e apenas uma obteve uma reação positiva por parte de um profissional de saúde (SINKIEWICZ-DAROL; BERNATOWICZ-ŁOJKO; ŁUBIECH; ADAMCZYK *et al.*, 2021).

A amamentação em tandem revelou ser promotor de cansaço, causador de frequentes despertares noturnos, embora mais associados à criança mais nova do que à mais velha,

mamas doridas e ainda de comentários menos positivos por parte do núcleo familiar e sociedade e ainda desorganizador pelos inúmeros motivos para manter a amamentação do mais velho ou interromper.

Posto isto, apesar de toda a descrição ser tendencialmente pró-manutenção da amamentação durante a gravidez, é fundamental destacar-se que não é possível dizer-se seguramente que esta prática não tem riscos e que deve ser mantida com total certeza da sua inocuidade.

Esta decisão deve ser apenas tomada pela mulher/casal, cientes dos riscos que correm, alertando-se para eventuais sinais de aborto, parto pré-termo, desnutrição, entre outros sinais como por exemplo a fadiga excessiva no caso da anemia, e urina concentrada no caso da desidratação, se a sua decisão passar por continuar a amamentar durante o decorrer da gravidez (BALCI; GOYNUMER, 2015).

É do dever do profissional de saúde acolher, avaliar, informar, prescrever e encaminhar a mulher/casal, através do estabelecimento de uma relação de ajuda promotora de empatia, através da escuta ativa e estabelecimento de um clima de confiança (GUERREIRO; DIAS, 2016). Tendo como referência esta premissa, estar perto da mulher que se encontra a amamentar durante a gravidez será mais benéfico do que demonstrar que não se concorda com a sua decisão, sob pena de esta ter a necessidade de a omitir para que não seja alvo de críticas e opressões. O estudo de Balci & Goynumer (2015) menciona que 39% das gestantes continuaram a amamentar, mas que optaram por não informar os seus ginecologistas e obstetras.

Embora haja alguma escassez de estudos científicos atuais sobre este tema e algumas limitações dos estudos já existentes motivado pelo reduzido número incluído nos grupos de estudo, infere-se que esta prática não é desaconselhada, exceto se houver contra-indicações clínicas, como o risco de parto pré-termo. Como conselho geral a mulher deve manter a suplementação nutricional aconselhada na gravidez (DGS, 2015), fazer uma alimentação equilibrada (TEIXEIRA; MARINHO; MOTA; CASTELA *et al.*, 2021) e um acompanhamento clínico de proximidade de forma a serem antecipadas situações desviantes ou identificá-las a tempo de um desfecho menos positivo (ALDEN, 2011).

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amamentação em simultâneo com a gravidez é uma prática que contém alguns riscos, mas se devidamente acompanhada poderá decorrer sem intercorrências para o feto, mulher e lactente.

Considera-se fundamental que os profissionais de saúde e até a sociedade no geral, possua a informação necessária para acompanhar a mulher grávida na sua tomada de

decisão, devidamente informada e no sentido de apoiar e acompanhar a mulher/casal numa nova fase da vida. Segundo a literatura revisada, é premente a necessidade de uma nutrição adequada, suplementada de ferro, entre outras incrementações que deverão ser feitas na dieta da mulher grávida no sentido de serem supridas as necessidades da tríade.

A ocitocina libertada durante a amamentação, afinal não tem a capacidade, por si só, de induzir o trabalho de parto, necessitando da diminuição da progesterona para que os receptores da primeira sejam activados, o que normalmente só acontece no fim da gravidez. Contudo, é aconselhado que a amamentação seja cessada em casos de histórias de ameaça de aborto ou de trabalho de parto pré-termo, apesar de haver estudos que comprovam que manter a amamentação não trouxe consequências para o recém-nascido.

Com alguma frequência, o desmame dá-se de forma natural, não se sabendo concretamente o motivo, mas relaciona-se com a diminuição da produção do leite durante a gravidez, a alteração do seu sabor e com o evitar materno de amamentar devido à hiper sensibilidade dos mamilos durante a sucção do lactente.

Pelo facto de haver dúvidas em relação a este tema, ocorrem algumas reacções negativas em relação a esta prática, por parte dos profissionais de saúde, por conseguinte considera-se extremamente importante conhecer a evidência científica de forma a serem capazes de informar a mulher/casal para que estes possam tomar a sua decisão livre e informada, destituída de juízos de valores e opressões, com o intuito de conseguirem seguir o que a OMS preconiza, promovendo a saúde do lactente e contribuir também para um novo perfil demográfico através do aumento da fecundidade.

■ REFERÊNCIAS

1. AL BADRAN, M. Effect of Breastfeeding during Pregnancy on the Occurrence of Miscarriage and Preterm Labour. **IRAQI JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES**, 11, p. 285, 07/01 2013.
2. ALDEN, K. R. Nutrição e Alimentação do Recém-nascido. *In*: ELSEVIER (Ed.). **Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica**. Brasil, p. 622. 2011.
3. AYRIM, A.; GUNDUZ, S.; AKCAL, B.; KAFALI, H. Breastfeeding throughout pregnancy in Turkish women. **Breastfeed Med**, 9, n. 3, p. 157-160, Apr 2014.
4. BALCI, B.; GOYNUMER, G. Pregnancy and puerperium during lactation. **Perinatal Journal**, p. 194-200, 12/01 2015.
5. CARVALHO, M.; GOMES, C. **Amamentação: Bases Científicas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Lda, 2017.
6. CENTENO, M. Puerpério e lactação. *In*: LIDEL (Ed.). **Medicina materno-fetal**. Lisboa, p. 280-287, 2017.

7. DGS. **Saúde Reprodutiva: Planeamento Familiar**. Lisboa: 2001. 972-9425-62-0.
8. DGS. Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa 2015.
9. GASPAR, J.; LUZ, Â.; GOMES, S.; GONÇALVES, H. Aleitamento Materno - Ainda Longe do Desejável. **Acta Periódica Portuguesa**, p. 318-324, 2015.
10. GRAÇA, L. M. Endocrinologia da gravidez. *In*: LIDEL (Ed.). **Medicina Materno Fetal**. Lisboa, p. 29-34. 2017
11. GUERREIRO, C.; DIAS, I. Consulta de Enfermagem Especializada no Pré-concepcional. *In*: LIDEL (Ed.). **Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**. Lisboa, p. 49. 2016
12. INE. **Inquérito à Fecundidade**. Portugal: 2019. 978-989-25-0567-1.
13. INE. **Estatísticas Demográficas - 2019**. Lisboa 2020.
14. ISHII, H. Does breastfeeding induce spontaneous abortion? **J Obstet Gynaecol Res**, 35, n. 5, p. 864-868, Oct 2009.
15. JÚNIOR, W. M.; ROMUALDO, G. S. Anatomia e fisiologia da lactação e do sistema estomagnático. *In*: KOOGAN, G. (Ed.). **Amamentação - Bases Científicas**. Rio de Janeiro. p. 3-26. 2010.
16. KARAMUSTAFAOGLU BALCI, B.; GOYNUMER, G. **Pregnancy and puerperium during lactation**. p. 194-200. 2015.
17. KOTA, S. K.; GAYATRI, K.; JAMMULA, S.; KOTA, S. K. *et al.* Endocrinology of parturition. **Indian journal of endocrinology and metabolism**, 17, n. 1, p. 50-59, 2013.
18. LEVY, L.; BÉRTOLO, H. **Manual de Aleitamento Materno**. Lisboa: Comité Português para a UNICEF, 2012.
19. LÓPEZ-FERNÁNDEZ, G.; BARRIOS, M.; GOBERNA-TRICAS, J.; GÓMEZ-BENITO, J. Breastfeeding during pregnancy: A systematic review. **Women Birth**, 30, n. 6, p. e292-e300, Dec 2017.
20. MADARSHAHIAN, F.; HASSANABADI, M. A Comparative Study of Breastfeeding During Pregnancy: Impact on Maternal and Newborn Outcomes. **Journal of Nursing Research**, 20, p. 74-79, 2012.
21. MENDES, M. F.; INFANTE, P.; AFONSO, A.; MACIEL, A. *et al.* **Determinantes da fecundidade em Portugal**. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos 2016a.
22. MENDES, M. F.; INFANTE, P.; AFONSO, A.; MACIEL, A. *et al.* **Introdução ao estudo - Determinantes da Fecundidade em Portugal**. Fundação Francisco Manuel dos Santos 2016b.
23. MESIANO, S.; WANG, Y.; NORWITZ, E. R. Progesterone Receptors in the Human Pregnancy Uterus: Do they Hold the Key to Birth Timing? **Reproductive Sciences**, 18, n. 1, p. 6-19, 2011.
24. NUNES, F. Fisiologia do miométrio. *In*: LIDEL (Ed.). **Medicina materno fetal**. Lisboa, 2017. p. 216-2019.
25. ÓRFÃO, A.; GOUVEIA, C. Apontamentos de anatomia e fisiologia da lactação. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, 25, p. 347-354, 2009.

26. ORFÃO, A.; SANTOS, Á.; GOUVEIA, C.; SANTOS, C. **Registo do Aleitamento Materno - RAM SAÚDE**, D. G. D. Lisboa 2014.
27. RITO, A. I.; BUONCRISTIANO, M.; SPINELLI, A.; SALANAVE, B. *et al.* Association between Characteristics at Birth, Breastfeeding and Obesity in 22 Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI 2015/2017. **Obes Facts**, 12, n. 2, p. 226-243, 2019.
28. SARDO, D. Promover e Apoiar a Amamentação. *In*: LIDEL (Ed.). **Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**. Lisboa, p. 473-480. 2016.
29. SINKIEWICZ-DAROL, E.; BERNATOWICZ-ŁOJKO, U.; ŁUBIECH, K.; ADAMCZYK, I. *et al.* Tandem Breastfeeding: A Descriptive Analysis of the Nutritional Value of Milk When Feeding a Younger and Older Child. **Nutrients**, 13, p. 277, 01/19 2021.
30. SOTTO-MAYOR, L. Aborto Espontâneo. *In*: LIDEL (Ed.). **Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**. Lisboa. 2016
31. TEIXEIRA, D.; MARINHO, R.; MOTA, I.; CASTELA, I. *et al.* **Alimentação e Nutrição na Gravidez**. SAÚDE, D.G.D. Lisboa, 2021.

Influência de factores socioeconómicos, antropométricos e nutricionais em mulheres grávidas espanholas e estrangeiras num contexto rural

| **Mercedes De Dios-Aguado**
Sescam

| **Sagrario Gómez-Cantarino**
UCLM

| **María Teresa Agullo-Ortuño**
UCLM

| **Alba Martín Forero-Santacruz**
Sescam

| **Benito Yañez-Araque**
UCLM

| **Brígida Molina-Gallego**
UCLM

| **María Idoia Ugarte-Gurrutxaga**
UCLM

RESUMO

O tipo de parto e a saúde do recém-nascido podem ser influenciados por vários factores que devem ser conhecidos pelo profissional de saúde durante o cuidado das mulheres grávidas durante o período de gestação. **Objectivo:** analisar a influência de factores socioeconómicos, medições antropométricas, parâmetros bioquímicos e educação alimentar em relação ao tipo de parto numa coorte de mulheres grávidas que vivem num ambiente rural. **Métodos:** Estudo populacional, prospectivo-observador numa coorte de mulheres grávidas espanholas e estrangeiras da cidade de Yepes, na província de Toledo, Espanha. **Resultados:** A mulher grávida espanhola tinha educação secundária, um nível socioeconómico médio, vivia com um parceiro e era economicamente independente. A mulher grávida estrangeira era economicamente dependente do seu parceiro, tinha estudos secundários e um baixo nível sócio-económico. **Discussão:** 85% das mulheres grávidas espanholas deram à luz a termo e atingiram uma idade gestacional de $40 \pm 1,83$ semanas. Contudo, apenas 55% das mulheres grávidas estrangeiras deram à luz a termo, atingindo uma idade gestacional de $39,72 \pm 2,28$ semanas. **Conclusões:** A existência de uma boa relação terapêutica actua a favor da saúde da mulher grávida e, portanto, influencia o tipo de parto e o nascimento de crianças saudáveis.

Palavras-chave: Gravidez, Mulher Grávida, Nutrição Materna, Alimentação, Resultados da Gravidez.

■ INTRODUÇÃO

A gravidez é uma fase complexa tanto para a mulher como para a nova vida que está a ser gerada, uma vez que três conceitos se fundem harmoniosamente durante este período: o desenvolvimento do feto, o aumento da sua massa celular e as alterações morfológicas que lhe permitirão adquirir capacidades funcionais progressivas (BARKER *et al.*, 2017). As mulheres sofrem grandes transformações durante este período, levando a um aumento na sua procura de nutrientes e mesmo, em alguns casos, a uma alteração do seu estado nutricional (MOUSA; NAQASH; LIM, 2019). Neste sentido, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, bem como os Sistemas Nacionais de Saúde de vários países, desenvolveram manuais que explicam claramente as recomendações sobre a quantidade e qualidade dos nutrientes que as mulheres devem ingerir durante a gravidez, com a intenção de manter um aumento de peso adequado nesta fase das suas vidas (FIGO, 2015; FLORES-QUIJANO *et al.*, 2019; OMS, 2016). O estado nutricional pré-gestacional da mulher e o aumento de peso durante a gravidez são variáveis que influenciam o crescimento antropométrico do recém-nascido, e estão estreitamente relacionadas com a morbilidade e mortalidade perinatal e o desenvolvimento mental do recém-nascido (OMS, 2016). Assim, as mulheres grávidas magras com um aumento de peso inferior a 8 kg são mais propensas a nascimento de bebés com peso inferior ao normal, e as mulheres obesas com um aumento de peso superior a 12 kg são mais propensas a parir bebés macrosómicos (AUDETTE; REINO, 2018; LÓPEZ *et al.*, 2019; MASLOWSKY *et al.*, 2016; RAGHAVAN *et al.*, 2019).

A qualidade nutricional da dieta de uma mulher é frequentemente influenciada pela sua cultura, estatuto socioeconómico e capacidades culinárias, que dependem dos seus gostos. A estratégia de Educação para a Saúde aplicada à gravidez deve promover uma nutrição adequada nos três trimestres de gestação para um desenvolvimento materno-fetal óptimo (ANDINA *et al.*, 2021). Assim, em cada trimestre, a mulher grávida é submetida a um check-up em que os seus hábitos alimentares e medidas antropométricas são controlados e é realizado um teste sanguíneo para verificar os valores serológicos da glicose, proteína total e albumina, estes últimos indicadores de qualidade nutricional (FERNÁNDEZ; SORIANO; BLES, 2016; SEBASTIÁN *et al.*, 2016).

Durante a gravidez, as mulheres grávidas devem cumprir um regime alimentar equilibrado que contenha os macros e micronutrientes essenciais, vitaminas e oligoelementos necessários ao bom desenvolvimento do feto (RAGHAVAN *et al.*, 2019).

No entanto, para que a dieta seja seguida correctamente, deve ser personalizada e adaptada às preferências de cada mulher grávida em relação aos seus gostos, hábitos culinários, etnia e religião. Em cada revisão trimestral, os profissionais de saúde devem insistir

na necessidade de seguir as recomendações dietéticas prescritas no momento da gravidez (BARKER *et al.*, 2017; OMS, 2016).

O objectivo desta investigação é analisar se factores socioeconómicos, medições antropométricas, parâmetros bioquímicos e hábitos alimentares influenciam o tipo de parto e o peso do recém-nascido de mulheres grávidas espanholas e estrangeiras que vivem num ambiente rural, especificamente na cidade de Yepes, na província de Toledo, Espanha.

■ MÉTODO

Concepção do estudo e participantes:

Trata-se de uma investigação prospectiva e observacional baseada na população, realizada no período de janeiro de 2019 a março de 2020. A amostra seleccionada são mulheres grávidas residentes numa zona geográfica rural da Comunidade de Castilla-La Mancha (Yepes, Toledo, Espanha). Nesta zona rural em 2020, segundo o censo municipal, havia 2570 mulheres, das quais 1040 eram em idade fértil (15-45 anos), 843 eram espanholas e 197 eram estrangeiras.

A amostra global de investigação é composta por um total de 194 mulheres que foram atendidas durante toda a sua gravidez no Centro de Saúde Pública Rural de Yepes (Toledo). A amostra está dividida em dois subgrupos: 1) mulheres grávidas de nacionalidade espanhola, compreendendo 121 mulheres; 2) mulheres grávidas de nacionalidade estrangeira, compreendendo 73 mulheres. Os critérios de inclusão foram mulheres com mais de 18 anos de idade, com gravidez única e que concordaram voluntariamente em participar no estudo. Os critérios de exclusão foram mulheres com patologias pré-gestacionais, tais como hipertensão, pré-eclâmia em gravidezes anteriores ou diabetes gestacional.

Nas visitas programadas ao Centro de Saúde, todas as mulheres responderam a perguntas (anamnese) feitas pelos profissionais sobre a sua história obstétrica, estatuto socioeconómico e hábitos alimentares. Durante os três trimestres de gravidez, as mulheres tiveram sempre as suas medições antropométricas feitas com a mesma escala analógica medindo em quilogramas e a mesma vareta de medição manual em centímetros.

Avaliação dos parâmetros bioquímicos no sangue.

Foram recolhidas amostras de sangue em cada uma das visitas programadas para as mulheres grávidas, de modo que as determinações foram feitas no primeiro trimestre (T1; entre 6 e 9 semanas de gestação), no segundo trimestre (T2; 26 semanas de gestação) e no terceiro trimestre (T3; 35 semanas de gestação). Estas amostras de sangue foram obtidas

por punção venosa do antebraço com tubos de colheita de EDTA. As gamas de referência estabelecidas no laboratório são 6,4-8,3 g/dL para o total de proteínas plasmáticas, 3,4-4,8 g/dL para a albumina plasmática e 70-100 mg/dL para a glicose plasmática.

Os parâmetros séricos escolhidos para análise neste estudo foram os níveis totais de proteínas e albumina, uma vez que ambos são indicadores da qualidade nutricional da dieta da mulher. Além disso, os níveis de glicose foram examinados, uma vez que este é um indicador recomendado no protocolo do Serviço de Obstetrícia do Complexo Hospitalar de Toledo (CHT).

Análise estatística.

Os dados recolhidos eram todos quantitativos e o software IBM SPSS Statistics 25 foi utilizado para análise. Após a recolha de dados, os dados foram transferidos para o SPSS para criar a base de dados necessária para as análises. Uma vez criada a base de dados, os casos que não preenchiam os requisitos previamente definidos para pertencer a cada população de amostra foram eliminados.

Em ambos os subgrupos, os parâmetros estatísticos de mediana, média e desvio padrão (DP) foram utilizados para analisar os dados selecionados. As diferenças na distribuição dos parâmetros entre os dois grupos de pacientes estudados foram analisadas utilizando os testes t de Student, ANOVA ou o teste U de Mann-Whitney se a distribuição se desviasse da normalidade. Para dados categóricos foi utilizado o teste Qui-quadrado e foram estabelecidas relações entre variáveis com os coeficientes de correlação de Pearson ou Spearman. Todos os testes foram de duas caudas e um $P < 0,05$ foi considerado significativo.

Considerações éticas.

Este estudo foi conduzido de acordo com os mais elevados padrões éticos, em conformidade com a Declaração de Helsínquia, as Directrizes da Conferência Internacional sobre Harmonização de Boas Práticas Clínicas e os requisitos éticos e legais nacionais. Todas as mulheres incluídas neste estudo assinaram um formulário de consentimento informado antes da sua inclusão no estudo. O Comité de Ética Clínica e Investigação do Complexo Hospitalar de Toledo aprovou os objectivos e procedimentos deste estudo.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características socioeconómicas das mulheres incluídas no estudo:

O Tabela 1 mostra as características socioeconómicas das mulheres incluídas neste estudo. A amostra incluía 121 espanholas, 7 romenas, 3 búlgaras, 25 marroquinas, 14 argelinas, 4 tunisinas, 2 chinesas, 2 sírias, 6 bolivianas, 6 peruanas, 2 argentinas, 1 colombianas e 1 mexicanas. A amostra foi agrupada em dois subgrupos, um correspondente a mulheres grávidas espanholas e outro a mulheres grávidas estrangeiras. Foram recolhidos dados sobre a idade materna, o nível de educação, a presença ou ausência de um parceiro e, finalmente, o estatuto socioeconómico e a existência ou não de dependência económica. Para calcular o nível socioeconómico, foi utilizado o nível médio do rendimento bruto do município de Yepes, que de acordo com os últimos dados publicados pela Agência Fiscal em 2017 foi de 19.276 euros por pessoa (AGENICA TRIBUTÁRIA. GOVERNO DE ESPANHA, 2017).

As variáveis dependência económica e estatuto socioeconómico (NES) mostraram diferenças significativas entre as mulheres espanholas e estrangeiras desde que $P < 0,001$ (ver Tabela 1).

Tabela 1. Características socioeconómicas das mulheres incluídas no estudo.

Nacionalidade	Espanhola	Estrangeira	P
N	121	73	
Idade materna (anos) Média ± SD	30.88 ± 5.88	30.47 ± 5.94	0.6401
Viver com um parceiro			
Sim	114 (94.2)	70 (95.9)	0.7472
Não	7 (5.8)	3 (4.1)	
Nível de educação (N, %)			
Analfabeto	0	3 (4.1)	
Escola primária	32 (26.4)	21 (28.8)	0.0742
Escola Secundária	66 (54.5)	41 (56.2)	
Bacharelato ou superior	23 (19.0)	8 (11.0)	
Nível sócio-económico de acordo com o rendimento disponível médio (N, %)			
Baixo (<70%)	21 (17.4)	41 (56.2)	< 0.0012
Médio (70%- 125%)	58 (47.9)	23 (31.5)	
Médio-Alto (125%-200)	26 (21.5)	6 (8.2)	
Elevado (>200%)	16 (13.2)	3 (4.1)	
Dependência económica (N, %)			
Trabalhadora por conta própria (mulher com salário próprio)	66 (55.5)	18 (24.7)	< 0.0012
Dependente (mulher sem salário)	53 (44.5)	55 (75.3)	

Legenda: São mostrados valores médios ± SD ou de frequência (%). 1 Teste T-student. 2 Teste de qui-quadrado.

Fonte: Preparado pelos autores.

No resto das variáveis analisadas, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. No caso da idade, a idade média das mulheres grávidas espanholas é de 30,88 anos, enquanto no subgrupo dos imigrantes é de 30,47 anos. Os resultados em ambos os subgrupos são semelhantes. Esta situação pode estar relacionada com a actual política

de migração espanhola (GROTTI *et al.*, 2019), que promove um assentamento estável e, conseqüentemente, um destino definitivo para as mulheres imigrantes.

Em relação ao subgrupo das mulheres espanholas, a maioria situa-se no nível sócio-económico médio (47,9%), enquanto 31,5% das mulheres imigrantes se situam num nível inferior. A análise dos dados sobre a independência económica mostra que apenas 24,7% das mulheres imigrantes grávidas são economicamente independentes, em comparação com 55,5% das mulheres espanholas.

Características antropométricas e dados obstétricos.

No estudo, as mulheres grávidas imigrantes no início da gravidez eram, em média, mais pesadas do que as espanholas. No entanto, no final da gravidez, o Índice de Massa Corporal (IMC) era semelhante entre os dois grupos populacionais.

Apenas 4,12% das mulheres grávidas tinham baixo peso no início da gravidez (IMC < 18,5 kg/m²), e todas elas eram de nacionalidade espanhola. Em contrapartida, 41,24% das mulheres começaram a sua gravidez com excesso de peso (IMC > 25 kg/m²), das quais 44 eram espanholas e 36 estrangeiras (2 romenas, 12 marroquinas, 6 bolivianas, 4 peruanas, 6 argelinas, 2 tunisinas, 2 argentinas, 1 búlgara e 1 mexicana).

Durante o primeiro trimestre de gestação, o peso médio das mulheres grávidas imigrantes era de 68 kg, comparado com 62 kg para as mulheres espanholas, com uma diferença constante em ambos os subgrupos de cerca de 6 kg. Contudo, no terceiro trimestre de gestação, os espanhóis tiveram um ganho de peso de 9,43 kg, atingindo um peso médio de 71,5 kg, em comparação com o grupo de imigrantes, que teve um ganho de peso de 8,42 kg e um peso médio de 73,5 kg (Tabela 2).

Tabela 2. Dados antropométricos das mulheres incluídas no estudo.

	Espanhola	Estrangeira	P
Altura (m)	1.61	1.62	
Mediana [IR: Q3, Q1]	[1.58, 1.66]	[1.58, 1.68]	0.2682
Peso a T1 (Kg)	62.0	68.0	
Mediana [IR: Q3, Q1]	[54.7, 71.75]	[60.0, 73.0]	0.0262
Peso a T3 (Kg)	71.5	73.5	
Mediana [IR: Q3, Q1]	[63.00, 82.75]	[68.00, 72.25]	0.1052
IMC a T1 (Kg/m²)	23.99	25.05	
Mediana [IR: Q3, Q1]	[20.66, 27.17]	[22.24, 27.47]	0.0842
IMC a T3 (Kg/m²)	27.41	27.14	
Mediana [IR: Q3, Q1]	[24.03, 30.71]	[25.00, 29.62]	0.7412
Aumento de peso T1-T3 (Kg) (Media ± SD)	9.43 ± 4.20	8.42 ± 4.18	0.1093

Legenda: T1: primeiro trimestre de gravidez, T3: terceiro trimestre de gravidez; IMC: Índice de Massa Corporal.

Fonte: Elaboração própria.

A variável altura, na nossa amostra, não mostrou uma diferença significativa, uma vez que a altura média das mulheres grávidas espanholas era de 1,62 m e 1,63 m para as mulheres grávidas imigrantes. Neste sentido, o estudo desta coorte de mulheres descobriu que dentro do subgrupo de mulheres grávidas espanholas, 19,2% delas tiveram um parto cesáreo, geralmente associado a mulheres com uma altura inferior a 1,58 m (Tabela 3).

Tabela 3. Relação entre semanas de gestação, altura materna, peso do recém-nascido e tipo de parto.

Tipo de parto	Semana de gestação		Peso do bebé (Kg)		Altura da mãe (m)	
	Espanhol	Estrangeiro	Espanhol	Estrangeiro	Espanhol	Estrangeiro
Euthyroid	39.92 ± 1.79	40.25 ± 0.93	3.309 ± 0.440	3.407 ± 0.477	1.625 ± 0.053	1.634 ± 0.071
Instrumental	40.17 ± 0.94	36.40 ± 4.93	3.196 ± 0.576	2.625 ± 0.991	1.628 ± 0.063	1.630 ± 0.071
Secção de cesariana	40.61 ± 1.23	38.55 ± 3.75	3.413 ± 0.465	2.911 ± 0.968	1.588 ± 0.051	1.600 ± 0.058

Fonte: Elaboração própria.

No subgrupo de mulheres imigrantes, 19,2% delas tiveram um parto cesáreo, geralmente associado a mulheres com uma altura de 1,58 m. No subgrupo de mulheres imigrantes, 19,2% tiveram um parto cesáreo. No subgrupo dos imigrantes, 15,5% tinham uma cesariana, com a altura das mulheres grávidas a rondar os 1,60m (Tabela 3).

Embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas ($P=0,970$; Mann-Whitney U), as mulheres espanholas tiveram um tempo médio de gestação de $40 \pm 1,83$ semanas, enquanto que as mulheres imigrantes tiveram um tempo médio de gestação de $39,72 \pm 2,28$ semanas. Do mesmo modo, as mulheres espanholas tiveram mais partos pós-termo (> 41 semanas de gestação) do que as mulheres imigrantes, enquanto estas últimas tiveram mais partos pré-termo (< 37 semanas de gestação), ($P=0,061$). Curiosamente, das seis mulheres do estudo que tiveram uma gravidez pré-termo, quatro delas eram de nacionalidade estrangeira. Foi também encontrado uma correlação estatisticamente significativa entre as semanas de gestação e o tipo de parto ($P=0,021$), sendo as gravidezes pré e pós-termo associadas a partos instrumentais ou cesarianas.

Relativamente ao tipo de parto, peso e Índice de Apgar dos recém-nascidos, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos de mulheres grávidas. Existe uma correlação positiva entre o ganho de peso materno durante a gravidez e o peso do recém-nascido ($P=0,038$, correlação Pearson= 0,165). Contudo, ao analisar estes dados nos dois grupos separadamente, observámos que esta correlação é mantida em mulheres espanholas ($P=0,017$, Pearson= 0,216), mas não no subgrupo de mulheres imigrantes ($P=0,767$, Pearson= 0,050). Na nossa amostra não foi observada qualquer associação entre o peso de nascimento e o tipo de parto (eutócico, instrumental ou cesariano) (Tabela 4).

Tabela 4. Dados obstétricos das mulheres incluídas no estudo.

	Espanhol	Estrangeiro	P
Tipo de parto (N, %)			
Euthyroid	85 (70.8)	55 (77.5)	0.5934
Instrumental	12 (10.0)	5 (7.0)	
Secção de cesariana	23 (19.2)	11 (15.5)	
Peso do bebé (Kg)	3.40	3.19	0.3612
Mediana [IR: Q3, Q1]	[3.03, 3.61]	[3.00, 3.55]	
Puntuación de Apgar (1-10 a.u.)¹ (Media ± SD)	8.97 ± 0.18	8.91 ± 0.40	0.4963

Legenda: RI: intervalo interquartilico. 1 Apgar score a 5 minutos (cor, ritmo cardíaco, reflexos, tónus muscular e respiração). a.u.: unidades arbitrarias. 2 Mann-Whitney U, 3 teste T-student, 4 teste de qui-quadrado.

Fonte: Elaboração própria.

Parâmetros bioquímico

Durante os três trimestres de gravidez, e em conformidade com o protocolo estabelecido pelo Serviço de Obstetrícia CHT, foram realizados testes sanguíneos às mulheres grávidas atendidas no Centro de Saúde. O Quadro 5 descreve os parâmetros bioquímicos do sangue nas mulheres espanholas e imigrantes, com a intenção de identificar as diferenças.

Os parâmetros serológicos da proteína total e da albumina são destacados como indicadores da qualidade nutricional. A glicose foi escolhida como indicador de quantidade estabelecido pelo protocolo do Serviço de Obstetrícia do CHT.

As determinações foram realizadas durante o primeiro trimestre (T1; entre 6 e 9 semanas de gestação), o segundo trimestre (T2; 26 semanas de gestação) e o terceiro trimestre (T3; 35 semanas de gestação).

Entre os resultados, a concentração total de proteínas plasmáticas diminuiu progressivamente ao longo da gravidez em todas as mulheres desta coorte, com diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres espanholas e estrangeiras durante os três trimestres (Q1 P <0,001, Q2 P 0,003, Q3 P <0,001) e principalmente no segundo trimestre. No entanto, é de salientar que o valor médio da concentração de proteínas plasmáticas no subgrupo de mulheres estrangeiras permaneceu mais elevado. Além disso, a prevalência de um défice total de proteínas plasmáticas (<6,3 g/dL) ocorreu no subgrupo de mulheres espanholas no terceiro trimestre (T3 6,23 ± 0,45) como pode ser visto no Tabela 5.

Do mesmo modo, a concentração de albumina plasmática diminuiu progressivamente ao longo dos três trimestres de gestação, embora não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos populacionais. Mais uma vez, os níveis médios de albumina plasmática eram mais elevados em mulheres grávidas estrangeiras. No entanto, é de notar que durante o T3 em mulheres grávidas espanholas o valor médio da concentração de albumina atingiu um valor mais baixo. Contudo, não houve défice de albumina plasmática (<3,4 g/dL) em nenhum dos subgrupos da coorte (Tabela 5).

Tabela 5. Parâmetros bioquímicos em mulheres grávidas.

	Espanhol	Estrangeiro	P
Proteína total (Media ± SD) (g/dL)			
T1	7.00 ± 0.37	7.25 ± 0.41	<0.001
T2	6.48 ± 0.35	6.64 ± 0.39	0.003
T3	6.23 ± 0.45	6.47 ± 0.37	<0.001
Albumina (Media ± SD) (g/dL)			
T1	4.43 ± 0.31	4.49 ± 0.28	0.175
T2	3.88 ± 0.32	3.94 ± 0.27	0.190
T3	3.69 ± 0.40	3.72 ± 0.22	0.500
Glucose (Media ± SD) (mg/dL)			
T1	81.49 ± 8.64	81.66 ± 8.58	0.894
T2	81.59 ± 9.86	81.66 ± 6.46	0.954
T3	75.31 ± 11.36	78.75 ± 10.86	0.042

Legenda: T1: primeiro trimestre; T2: segundo trimestre; e T3: terceiro trimestre de gravidez. 1 Teste t-Student.

Fonte: Elaboração própria.

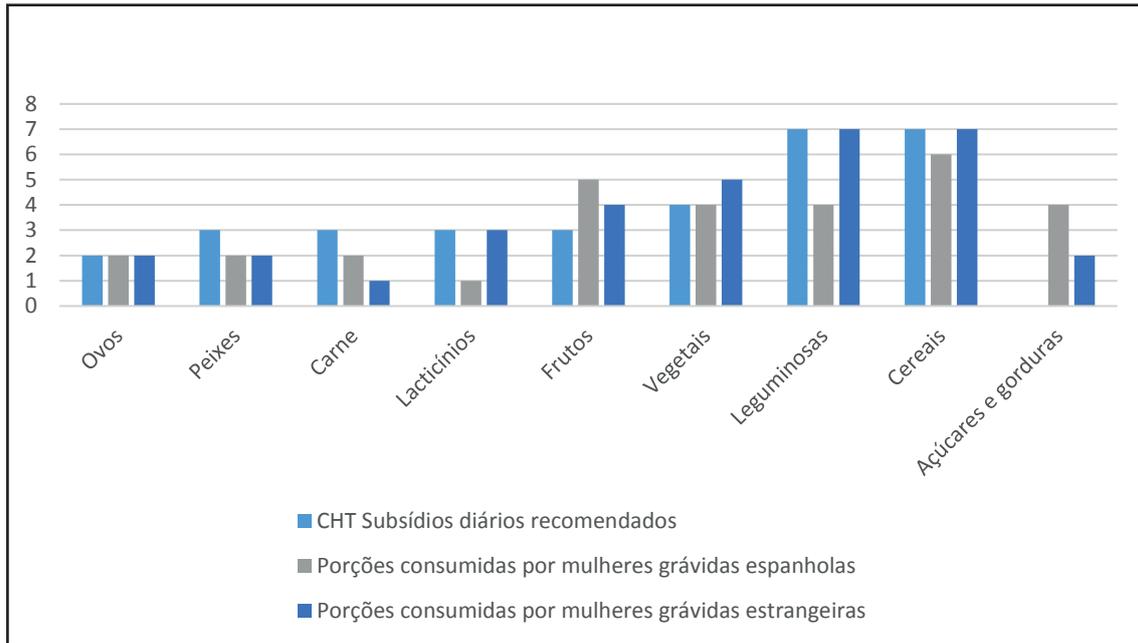
Quanto às medições da glucose plasmática, nenhuma das mulheres incluídas neste estudo tinha valores indicativos de diabetes gestacional. Do mesmo modo, nenhuma das mulheres grávidas apresentou um défice de glucose plasmática (70 mg/dL), embora se deva notar que os níveis de glucose nas mulheres grávidas do subgrupo estrangeiro foram ligeiramente superiores aos das espanholas, sendo estatisticamente significativos no terceiro trimestre (P 0,042), (Tabela 5).

Hábitos nutricionais e dietéticos

A primeira visita programada é um contacto entre a enfermeira e a grávida, proporcionando uma oportunidade de criar uma relação terapêutica óptima que ajude a construir um laço de confiança entre as duas (GARCÍA *et al.*, 2018). Por este motivo, durante a primeira visita, foram analisados os conhecimentos e hábitos alimentares da mulher grávida e da sua família. Além disso, foram explicadas as modificações relevantes a serem feitas durante os meses de gestação, especificando os alimentos a aumentar, diminuir e/ou evitar e as necessidades nutricionais durante os meses de gestação. Além disso, a dieta 2000Kcalorie implementada pelo Serviço de Obstetrícia CHT, foi distribuída e explicada, com o objectivo de verificar o cumprimento da dieta durante as visitas programadas no segundo e terceiro trimestres de gestação. É de notar que em ambos os grupos de mulheres grávidas, no primeiro trimestre de gravidez, as mulheres relataram uma diminuição do apetite relacionada com o início de náuseas e vômitos e, em alguns casos, hiperemese gravidarum (figura 1).

As rações mínimas diárias a consumir de cada um dos grupos alimentares foram explicadas a cada mulher grávida individual para inclusão na sua dieta de acordo com as suas crenças, hábitos culinários, religião e cultura (Figura 1).

Figura 1. Número de rações alimentares diárias consumidas por mulheres grávidas. Diferenças de acordo com o país de origem.



Fonte: Elaboração própria.

Na primeira visita, 40% das mulheres espanholas declararam consumir as quantidades recomendadas de fruta e vegetais, enquanto 45% declararam abusar de doces e gorduras, levando a azia e refluxo nestas mulheres (VÉLEZ, 2020). No subgrupo das mulheres grávidas estrangeiras, foram obtidos dados mais díspares, devido à existência de diferentes etnias e culturas, embora 60% delas tenham reconhecido consumir as quantidades recomendadas de leguminosas, cereais e legumes. No entanto, apenas 48% declararam ter consumido as quantidades recomendadas de produtos lácteos. Além disso, 35% relataram não cumprir as recomendações mínimas para carne e peixe. Durante a segunda e terceira visitas, foram registadas alterações alimentares para as mulheres grávidas em ambos os grupos (Tabela 6).

Tabela 6. Número de mulheres que declaram ter consumido as rações alimentares diárias recomendadas no 2º e 3º trimestres de gravidez.

Tipo alimentos	Porções recomendada	Consome quantidade recomendada em 2T		Consome quantidade recomendada em 3T		Diferença entre bairros	
		Espan.	Estrang.	Espan.	Estrang.	Espan.	Estrang.
Cereais	7	84.7 70%	43.8 60%	95.59 79%	47.45 65%	+ 9%	+5%
Leguminosas	7	90.75 75%	43.7 59%	96.8 80%	45.99 63%	+ 5%	+ 4%
Vegetais	4	48.4 40%	43.8 60%	68.97 57%	51.83 71%	+17%	+11%
Frutos	3	47.19 39%	55.48 76%	108.9 90%	65.7 90%	+51%	+14%
Lactícínios	3	90.8 80%	35.4 48%	106.4 88%	40.88 56%	+8%	+8%
Carnes	3	66.55 55%	47.45 65%	68.97 57%	49.64 68%	+2%	+3%
Peixes	3	66.55 55%	48.18 66%	95.59 79%	46.72 64%	+24%	-2%
Ovos	2	114.9 95%	70.08 96%	116.1 96%	68.62 94%	+1%	-2%
Doces e gorduras	Moderado consumo	60.5 50%	16.79 23%	78.65 65%	34.31 47%	+15%	+24%

Fonte: Elaboração própria. T2: segundo trimestre; e T3: terceiro trimestre de gravidez.

Nos últimos meses de gestação, no grupo de mulheres estrangeiras, houve um pequeno aumento no consumo de leite para 56%, o consumo de fruta atingiu 90%, mas o consumo de peixe diminuiu para 64% e o consumo de carne apenas atingiu 68%. É de notar que no grupo espanhol de mulheres grávidas 51% aumentou a ingestão de fruta no terceiro trimestre em comparação com o segundo trimestre, e apenas 24% aumentou a ingestão de peixe. Por outro lado, no grupo das mulheres grávidas estrangeiras, 24% melhoraram a sua dieta no terceiro trimestre, diminuindo o consumo de doces e gorduras. Contudo, 2% deles diminuíram o seu consumo de peixe e ovos neste trimestre em comparação com o trimestre anterior (Tabela 6).

De um modo geral, as mulheres têm uma falta de conhecimento imprevista sobre nutrição e hidratação, o que as leva a acreditar que a sua dieta é adequada e, sobretudo, que deveriam aumentar proporcionalmente a sua ingestão de todos os grupos alimentares (RAGHAVAN *et al.*, 2019). Por esta razão, certos estudos salientam que o risco de nascimento prematuro é menor quando a mulher grávida tem uma ingestão mais elevada de vegetais, frutos, grãos inteiros, nozes, leguminosas e sementes, com uma ingestão excepcionalmente baixa de carne vermelha, alimentos processados e fritos (ANDINA *et al.*, 2021; FERNÁNDEZ; SORIANO; BLES, 2016). Assim, a OMS, com a intenção de prevenir riscos obstétricos e mortes perinatais, estabeleceu directrizes dietéticas sobre a ingestão destes alimentos (OMS, 2016).

Alguns estudos indicam que, como regra geral, o comportamento alimentar dos estrangeiros no seu país de origem era mais saudável do que no país de acolhimento. Isto

pode ser devido a mudanças no comportamento alimentar ao longo do tempo, quer devido à adaptação cultural ao novo país, quer devido ao abuso de alimentos de conveniência, snacks e produtos de padaria industrial. Estudos mostram que quanto mais tempo as mulheres estrangeiras viverem no novo país, mais tempo os seus comportamentos alimentares serão semelhantes aos das grávidas nativas (DEL REY; GRANDE, 2017; QUINTANILHA *et al.*, 2017), um facto que ocorreu na nossa amostra de estudo.

Finalmente, este estudo mostra como factores socioeconómicos, medições antropométricas, parâmetros bioquímicos na gama e hábitos alimentares saudáveis influenciam o tipo de parto e o nascimento de recém-nascidos saudáveis de mulheres grávidas nesta área da saúde.

■ CONCLUSÃO

O presente estudo mostra que o nível socioeconómico da mulher grávida pode condicionar o seu padrão alimentar e, com ele, o resultado da gravidez e o tipo de parto.

As variáveis idade da mulher no momento da gestação e nível de educação não mostraram diferenças significativas entre o grupo de mulheres grávidas espanholas e estrangeiras observadas. Além disso, factores antropométricos como o peso e altura da mulher grávida juntamente com o peso do recém-nascido condicionaram o tipo de parto em ambos os casos, sendo impressionante a percentagem de cesarianas e partos instrumentalizados no grupo de mulheres espanholas. No entanto, não é possível extrapolar estes dados para a população em geral devido à pequena dimensão da amostra e às suas características.

O estabelecimento de uma boa relação terapêutica entre o profissional de saúde e a mulher grávida é essencial para a modificação de hábitos em favor da saúde da mulher grávida. Se esta relação fosse consolidada antes da aprendizagem da gravidez, seria mais benéfica para o correcto desenvolvimento da gravidez, do parto e da saúde do recém-nascido.

■ REFERÊNCIAS

1. AGENICA TRIBUTARIA. GOBIERNO DE ESPAÑA. **Estadística de los declarantes del IRPF por municipios: 2017: Posicionamiento de los municipios mayores de 1.000 habitantes por Renta bruta media**. Disponível em: <https://www.agenciatributaria.es/AEAT/Contenidos_Comunes/La_Agencia_Tributaria/Estadisticas/Publicaciones/sites/irpfmunicipios/2017/jrubik5c71ccbbf784b68bb03524d7a59879e024c6c9e2.html>. Acesso em: 7 set. 2021.
2. ANDINA, Elena *et al.* Creencias y prácticas alimentarias en embarazo y puerperio: aplicación del Modelo de Tradiciones de Salud. **Enfermería Global**, v. 20, n. 61, p. 98–121, Fev. 2021. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es>. Acesso em: 6 set. 2021.

3. AUDETTE, Melanie C.; KINGDOM, John C. Screening for fetal growth restriction and placental insufficiency. **Seminars in Fetal and Neonatal Medicine**, v. 23, n. 2, p. 119–125, 1 Abr. 2018. Disponível em: <<http://www.sfnjournal.com/article/S1744165X1730135X/fulltext>>. Acesso em: 2 set. 2021.
4. BARKER, Mary et al. Translating Developmental Origins: Improving the Health of Women and Their Children Using a Sustainable Approach to Behaviour Change. **Healthcare**, v. 5, p. 1–13, Mar. 2017. Disponível em: <www.mdpi.com/journal/healthcare>. Acesso em: 1 set. 2021.
5. DEL REY, Alberto; GRANDE, Rafael. El efecto de las condiciones de llegada en la reproducción de las mujeres migrantes. **Revista Española de Investigaciones Sociológicas**, v. 159, p. 113–133, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/>>. Acesso em: 4 set. 2021.
6. FERNÁNDEZ, Lucía; SORIANO, José Miguel; BLES, Jesús. La nutrición en el periodo pre-concepcional y los resultados del embarazo: revisión bibliográfica y propuesta de intervención del Dietista-Nutricionista. **Revista Española de Nutrición Humana y Dietética**, v. 20, n. 1, p. 48–60, Mar. 2016. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452016000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es>. Acesso em: 2 set. 2021.
7. FIGO. **International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) launches a global framework for action to improve the diagnosis and care of women with gestational diabetes mellitus (GDM) and to improve adolescent, preconception and maternal nutrition**. Vancouver: [s.n.], Out. 2015. Disponível em: <[https://www.who.org/sites/default/files/2020-02/FinalFIGO GDM and Maternal Nutrition Guidelines news release VANCOUVER Final Oct. 6 %281%29 %281%29.pdf](https://www.who.org/sites/default/files/2020-02/FinalFIGO%20GDM%20and%20Maternal%20Nutrition%20Guidelines%20news%20release%20VANCOUVER%20Final%20Oct%206%202019.pdf)>. Acesso em: 3 set. 2021.
8. FLORES-QUIJANO, María Eugenia et al. Is associated with changes in iron nutrition status and its homeostatic regulation in pregnancy. **Nutrients**, v. 11, n. 3, p. 1–17, 2019.
9. GARCÍA, Martha et al. Percepción de la embarazada en relación al cuidado humanizado: cualidades del hacer de enfermería. **Paraninfo Digital**, v. XII, n. 28, p. 1–4, 2018. Disponível em: <<http://www.index-f.com/para/n28/e033.php>>. Acesso em: 4 set. 2021.
10. GROTTI, Vanessa et al. Temporalities of emergency: Migrant pregnancy and healthcare networks in Southern European borderlands. **Social Science & Medicine**, v. 222, p. 11–19, 1 Fev. 2019.
11. LÓPEZ, Sara et al. índice de masa corporal, ganancia de peso y patología en el embarazo. **Matronas Profesión**, v. 20, n. 3, p. 105–111, Mai. 2019.
12. MASLOWSKY, Julie et al. Effects of postpartum mobile phone-based education on maternal and infant health in Ecuador. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 134, n. 1, p. 93–98, 2016.
13. MOUSA, Aya; NAQASH, Amreen; LIM, Siew. Macronutrient and Micronutrient Intake during Pregnancy: An Overview of Recent Evidence. **Nutrients**, v. 11, p. 1–20, Fev. 2019. Disponível em: <www.mdpi.com/journal/nutrients>. Acesso em: 6 set. 2021.
14. OMS. **Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo**. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334_spa.pdf?ua=1>. Acesso em: 6 set. 2021.

15. QUINTANILHA, Maira et al. Contrasting «back home» and «here»: how Northeast African migrant women perceive and experience health during pregnancy and postpartum in Canada. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, p. 1–8, 2017.
16. RAGHAVAN, Ramkripa et al. Dietary patterns before and during pregnancy and maternal outcomes: a systematic review. **Am J Clin Nutr**, v. 109, p. 705–728, 2019. Disponível em: <https://academic.oup.com/ajcn/article/109/Supplement_1/705S/5456697>. Acesso em: 4 set. 2021.
17. SEBASTIÁN, Rosana et al. Pregnant´s and midwives perception about nutritional councils during pregnancy. **Nutricion Hospitalaria**, v. 33, n. 5, p. 1205–12012, 2016. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212=16112016000500028-&lng=es&nrm=iso&tlng-es>. Acesso em: 5 set. 2021.
18. VÉLEZ, Adrián. Apuntes sobre el reflujo gastroesofágico y su presencia durante el embarazo I Vélez-Macías I Dominio de las Ciencias. **Dominio de las Ciencias**, v. 6, n. 4, p. 1376–1398, Dez. 2020. Disponível em: <<https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/1549/2909>>. Acesso em: 8 set. 2021.
19. WHO. **Good Maternal Nutrition The best start in life**. . copenhagen: [s.n.], 2016. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/pubrequest>>. Acesso em: 1 set. 2021.

Vinculação paterna no pré-natal

- | **Sara Filipa Garrido Coração Franco**
Hospital do Espírito Santo de Évora. Évora, Portugal
- | **Cátia Alexandra Martins Cordeiro**
Hospital do Espírito Santo de Évora. Évora, Portugal
- | **Sónia Rodrigues Espanhol**
Hospital do Espírito Santo de Évora. Évora, Portugal
- | **Ana Maria Aguiar Frias**
Universidade de Évora/CHRC

RESUMO

A vinculação é a ligação existente entre a criança com a mãe e/ou o pai, é o processo de formação dos laços, a procura por companhia ou proximidade de outra pessoa. Encontra-se intimamente ligada com a parentalidade que tem diferentes dimensões. O presente artigo é uma revisão integrativa da literatura e procura entender como ocorre a vinculação paterna no período pré-natal. Foi realizada pesquisa nas bases de dados *PubMed* e *Scielo* e foram selecionados 6 artigos. No decorrer da gravidez, os pais adquirem uma representação elaborada e interna do feto e assim desenvolve-se a ligação emocional. A percepção da paternidade varia na natureza e intensidade. Os novos pais envolvem-se na gravidez, compartilham alegrias e tristezas, participam nas tarefas apoiando a companheira. Durante a gravidez o pai passa por diferentes emoções. O primeiro encontro do pai com o filho desperta sentimentos mais fortes do que se podia imaginar. O envolvimento paterno durante a gravidez não é apenas o acompanhamento da mesma mas também o envolvimento emocional e afetivo. O envolvimento paterno durante a gravidez é importante para desenvolver a vinculação com o bebê. Sugerem-se novos estudos sobre o processo de vinculação paterna e os fatores determinantes para melhor compreensão do fenômeno.

Palavras-chave: Vinculação pré-Natal, Gravidez, Relação Pais-Filhos.

■ INTRODUÇÃO

A vinculação é a ligação emocional e afetiva da criança com a mãe e/ou com o pai, é o processo de formação dos laços afetivos (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2016). É definida como a procura por companhia ou proximidade de outra pessoa, inicia-se na gravidez, fortalece-se após o nascimento. É construída através das experiências de ligação emocional e afetiva entre o bebê e a mãe e/ou pai ou o cuidador principal (TEIXEIRA; RAIMUNDO; ANTUNES, 2016). Deriva da necessidade humana inata da criação de ligações íntimas com outras pessoas. Inicia-se no embrião e continua no desenvolvimento fetal, na infância, vida adulta e velhice.

Na infância os laços afetivos criados com os cuidadores principais pretendem carinho, conforto e proteção. Ao longo da adolescência e da vida adulta os laços afetivos mantêm-se e desenvolvem-se podendo ser complementados com novas ligações íntimas. Todo este processo iniciado no nascimento evolui durante a infância, a criança desenvolve-se e as representações mentais da vinculação persistem durante toda a sua vida e influenciam as relações afetivas futuras (SCHMIDT; ARGIMON, 2009).

O conceito de vinculação encontra-se intimamente ligado com o domínio da parentalidade. A parentalidade tem diferentes dimensões, na sua essência dos cuidados prende-se com o conceito de tomar conta. É o assumir as responsabilidades de pai ou mãe de forma a facilitar a incorporação de uma criança na família. Engloba todos os comportamentos necessários que visam a otimização do crescimento e desenvolvimento da criança (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2016). A transição para a parentalidade exige diferentes tarefas, entre elas a ligação com o embrião/feto que se inicia no início da gravidez e intensifica-se com o desenvolvimento da gestação. Com o decorrer da gravidez o bebê é idealizado e a vinculação assenta nos comportamentos de cuidado e ligação sendo influenciado por diferentes fatores (SAMORINHA, FIGUEIREDO; CRUZ, 2009).

Um casal que tem um filho vive uma nova fase da sua vida, deixam de ser filhos para passarem a ser pais. Toda esta transição é experienciada com expectativa, medo e por vezes alguma aflição. A mulher sofre muitas mudanças com a gravidez, mas o homem também sofre com esta fase. Há uma mudança pelo medo, responsabilidade pelo bebê que está por vir, pela mudança do comportamento da mulher, às vezes sem causa aparente, que pode gerar conflitos (FREITAS; COELHO; SILVA, 2007).

As relações entre pai e bebê têm raízes ainda antes do nascimento e podem ser afetadas por diferentes fatores ambientais e pessoais que influenciam o processo de transição para a paternidade (VEDOVA; BURRO, 2017). A experiência da paternidade para muitos homens ocorre posteriormente ao nascimento do bebê, mas não é tão perceptível pelo peso da responsabilidade que o novo ser exige. Há muitos fatores que influenciam a paternidade

como as emoções, a cultura, a religião, a família e a própria experiência da gravidez (planeada ou desejada ou não). A futura relação de paternidade e parentalidade com o filho vai ser baseada em toda esta vivência. (FREITAS; COELHO; SILVA, 2007; WALTER; LANDERS; QUEHENBERGER; CARLSON *et al.*, 2019)

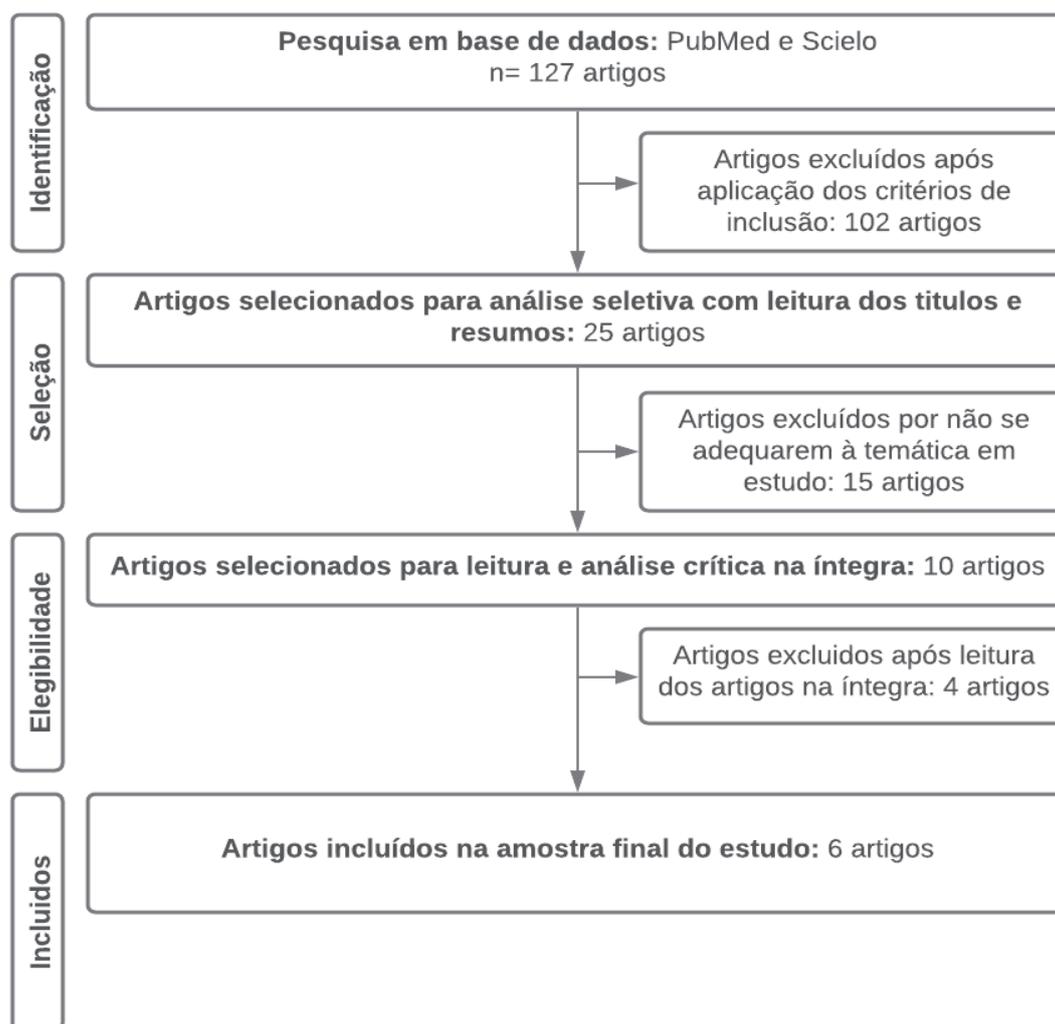
A mulher é vista como principal cuidador e a maioria das pesquisas realizadas falam sobre a vinculação entre a mãe e o bebê. Este tema é pertinente estudar porque com o desenvolvimento da sociedade o pai passou a ter um papel mais pró-ativo durante a gravidez e após o nascimento nos cuidados ao recém-nascido.

■ DESENVOLVIMENTO

Este estudo é uma revisão integrativa e foi conduzido pela seguinte questão: “Como ocorre a vinculação paterna no período pré-natal?”. Para a recolha dos artigos foi realizada uma pesquisa nas bases de dados *PubMed* e *Scielo*. Na busca foram aplicados os seguintes descritores: “pregnacy”, “paternal behaviour”, “object attachment”, “paternal attachment”. Os critérios de inclusão definidos foram: artigos publicados entre 2007 e 2020, artigos em português ou inglês e com a opção de “free full text”. Incluiu-se estudos primários quantitativos e/ou qualitativos, revisões sistemáticas da literatura, meta-análises e estudos secundários.

Na base de dados *PubMed* foram encontrados 127 artigos dos quais foram escolhidos quatro; na base de dados *Scielo* foram encontrados dois que foram escolhidos. Finalizada a pesquisa restaram seis artigos que constituíram a amostra final.

Figura 1. Fluxograma.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Resultados

Da análise dos artigos e extração dos dados, que se apresenta no quadro da figura 2, foi realizada por dois revisores e os desacordos existentes foram discutidos com um terceiro revisor.

Figura 2. Quadro dos estudos incluídos na revisão da literatura, segundo autor(es), título, desenho, objetivo e principal resultado.

Autores/Ano	Título do artigo	Desenho	Objetivo	Principais resultados
Freitas, Coelho, & Silva (2007)	Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero	Estudo qualitativo	Compreender a emergência do sentimento de paternidade a partir de experiências vivenciadas por homens na gestação e após o nascimento dos(as) filhos(as).	Os sujeitos apresentaram diferentes formas de vivenciar a paternidade. A maioria assumiu o modelo tradicional, vivendo a paternidade com início no nascimento da criança, porque permanecem distantes e apáticos durante a gestação por não se sentirem parte dela. Mesmo assim houve sujeitos que assumiram o modelo duma paternidade envolvente, sentindo-a desde a gravidez e começando nessa altura a construir vínculos afetivos que serão consolidados com o nascimento do bebê. Pode-se verificar que houve uma mudança no papel de pai, sendo que a paternidade passou a ser vivida como um direito, mas mantém a ideia de ser um dever. O homem passa a ter direito a expressar os seus sentimentos e a participar nos cuidados ao bebê sem ter que haver uma afirmação sexual. Mantém-se a ideia do dever pela questão do bebê necessitar de um pai participante nos cuidados, na afetividade e na divisão de tarefas com a mulher. A paternidade deve ser compreendida com uma responsabilidade na díade homem-mulher, passando a existir parentalidade compartilhada. O pai deve ser visto com um sujeito diretamente ligado envolvido na gestação.
Katz-Wise, Priess, & Hyde (2010)	Gender-role attitudes and behavior across the transition to parenthood	Estudo qualitativo exploratório	Examinar as mudanças nas atitudes de gênero, identidade e saliência e divisão do trabalho durante a primeira transição para a parentalidade e após o nascimento de um segundo filho para mães e pais experientes.	a uma mudança psicológica para que os pais e as mães tornaram-se mais tradicionais nas suas atitudes e comportamentos desde a gravidez até ao primeiro ano do bebê. As mães mudam mais que os pais, e os pais pela primeira vez mudam mais do que os pais experientes. Estas mudanças estão relacionadas com o fato de que experienciar a parentalidade é uma experiência marcante para as mulheres por fatores psicológicos e comportamentais. A parentalidade leva mães se ajustem ao novo papel que vão desempenhar. Há mudanças psicológicas nos pais dos cinco aos 12 meses após o nascimento do bebê devido às alterações na família com a chegada do novo bebê.

Autores/Ano	Titulo do artigo	Desenho	Objetivo	Principais resultados
Ledenfors & Berterö (2016)	First-time fathers' experiences of normal childbirth	Estudo qualitativo exploratório	Identificar e descrever as experiências de pais pela primeira vez no nascimento do bebê.	<p>Os homens como futuros pais esforçam-se por dar apoio à mulher durante o parto, estando presentes e disponíveis. No entanto apresentam dificuldade em encontrar o seu papel, porque querem ser vistos como uma parte importante do casal que deu à luz, mesmo que a mulher seja o principal foco.</p> <p>Os pais passam por um conjunto de emoções durante o nascimento e a enfermeira parteira pode ser uma ajuda porque na sua interação pode ajudar os homens a gerir as suas emoções e a encontrar o seu papel. Pode ajudar a tranquilizar e fortalecer o novo pai enfatizando a sua importância no processo através de uma conversa na qual ele possa discutir os seus desejos e como pode agir para mostrar as suas necessidades. O envolvimento do pai durante o parto pode levar a que o momento do parto seja ainda mais positivo.</p>
Ruiz, Piskernik, Witting, Renate Fuiko, & Ahnert (2018)	Parent-child attachment in children born preterm and at term: A multigroup analysis.	Estudo comparativo qualitativo	Comparar mães e pais de crianças nascidas prematuras e de termo relativamente à vinculação pais-criança.	<p>Os bebês de termo têm uma vinculação mais segura do que os prematuros. É importante prestar atenção aos pais de crianças nascidas prematuras pois há uma maior vulnerabilidade da vinculação entre pai-filho por fatores relacionados com o bebê. As crianças prematuras mostram problemas de vinculação com ambos os pais que tendem a persistir no tempo.</p> <p>Os pais sem formação académica com os filhos com menores scores de desenvolvimento são um grupo de risco que necessita de maior atenção por parte dos profissionais de saúde. Deve-se trabalhar com estas famílias para criar condições específicas para os pais e fornecer apoio contínuo tendo em conta as suas necessidades particulares. Têm que se desenvolver intervenções que visam o desenvolvimento específico de crianças prematuras para que a vinculação melhore.</p>

Autores/Ano	Titulo do artigo	Desenho	Objetivo	Principais resultados
Ferreira, Leal, & Maroco (2010)	Sintomatologia de Couvade e o Envolvimento Paterno vivenciado durante a gravidez	Estudo qualitativo	Identificar se os pais expectantes apresentam o Síndrome de Couvade; Verificar se o tipo e número de sintomas vivenciados por pais expectantes diferem ao longo dos três trimestres da gravidez; Verificar em que medida a sintomatologia de Couvade se relaciona com o envolvimento paterno; Identificar o efeito da idade, habilitações literárias, planeamento da gravidez, idade gestacional, estatuto da paternidade e risco associado à gravidez no número e tipo de sintomas vivenciados pelos pais expectantes e envolvimento paterno.	Os sintomas nos três trimestres de gestação aumentaram de forma crescente. Os principais sintomas referidos pelos sujeitos foram cefaleias, tensão e nervosismo, lombalgias e fadiga, irritabilidade, ansiedade, insónia. No entanto, a maioria dos sintomas referidos não é semelhante aos sintomas típicos das grávidas. Quando os pais são mais velhos menor será o seu envolvimento, pela questão deste envolvimento ser condicionado por diferentes fatores como a idade e a sua própria história. O envolvimento paterno aumenta em pais com habilitações literárias baixas, aumenta quando a gravidez é planeada e com a sua evolução. Este envolvimento diminui com o aumento do número de filhos. Quando os pais são mais novos maior é a existência de sintomas afetivos negativos de Couvade, e estes sintomas aumentam quando a gravidez não é planeada. O envolvimento paterno não influencia a sintomatologia de Couvade.
Gomez & Leal (2007)	Vinculação parental durante a gravidez: Versão portuguesa da forma materna e paterna da antenatal emotional attachment scale	Estudo qualitativo	Adaptar para a população portuguesa as formas materna e paterna da Antenatal Emotional Attachment Scale (AEAS); Estudar a associação das notas da vinculação pré-natal com a idade, tempo de gestação, experiência parental, ajustamento conjugal, depressão materna e envolvimento paterno no pós-parto.	A forma da escala AEAS ou Escala da Vinculação Pré-Natal portuguesa materna e paterna são uma medida confiável da vinculação pré-natal porque apresentam bons indicadores para teste e reteste. Os valores mais elevados na escala indicam uma vinculação mais positiva, mas não há um padrão considerado normal relativamente à comparação dos resultados para se definirem níveis de vinculação saudáveis ou não. Um nível baixo de vinculação pode definir-se somente a nível estatístico, na forma em que se verifica o desvio da média num grupo de pais.

Fonte: Elaborado pelos autores.

■ DISCUSSÃO

Segundo Freitas, Coelho e Silva (2007) a percepção da paternidade varia na natureza e intensidade. O sentir-se pai pode emergir com a notícia da gravidez, com os primeiros movimentos fetais, com o nascimento do bebé ou algo a construir desde o momento do nascimento. A paternidade é uma experiência social muito significativa, traduz-se em bem-estar e afeto pela companheira. É um momento especial para se celebrar. Alguns autores sugerem que a vinculação pré-natal pode ser vista como um precursor do sistema de prestação de cuidados (VEDOVA; BURRO, 2017). A reação do homem à paternidade pode ser afetiva,

ocorre vinculação entre pai, filho e mãe, ou social, garantindo masculinidade e virilidade do homem pois está a cumprir a sua função social de perpetuar a espécie (FREITAS; COELHO; SILVA, 2007). Tanto a mulher como o homem desenvolvem durante a gravidez uma forma de vínculo afetivo e compromisso com o feto (VEDOVA; BURRO, 2017). A reação afetiva engloba o espaço para as emoções e os afetos, o estabelecimento do vínculo precoce entre pai e filho, que mais tarde irá influenciar positivamente o desenvolvimento emocional (FREITAS; COELHO; SILVA, 2007). A relação começa durante a gravidez e aumenta de intensidade ao longo do período pré-natal (DAYTON *et al.*, 2019).

O bebé desde cedo consegue demonstrar comportamentos e características da personalidade. O tempo de gestação serve como preparação para as novas mudanças nos progenitores e aí inicia-se o vínculo materno e paterno (FREITAS; COELHO; SILVA, 2007). Para as mulheres a gravidez envolve intensas mudanças físicas e psicológicas, o que aprofunda a vinculação. Já os homens estão limitados a questões sociais e psicológicas o que altera as formas de vinculação e de preparação para o parto (DAYTON *et al.*, 2019). O desenvolvimento da paternidade e da vinculação paterna após o nascimento relaciona-se com a qualidade dos laços afetivos criados e fixados durante a gravidez. O envolvimento do homem na gravidez leva a que este esteja mais disposto emocionalmente para compreender as necessidades da companheira. (FREITAS; COELHO; SILVA, 2007).

Os novos pais tendem a afastar-se do modelo tradicional rígido e distante, e envolvem-se na gravidez, compartilham alegrias e tristezas, participam nas tarefas apoiando a companheira. No entanto, a descoberta da gestação por si só não vincula o homem como pai mesmo que a relação com a companheira seja estável. Sendo a mulher que cria o novo ser dentro do seu útero por vezes o pai tem tendência a ser o sujeito passivo tentando respeitar a privacidade da mulher e descurando um pouco a vinculação com o bebé (FREITAS; COELHO; SILVA, 2007). Segundo Katz-wise, Priess e Hyde (2010) a paternidade é percebida pelos homens como algo que se faz, mas a maternidade é percebida pelas mulheres como algo que elas são. Os pais ajudam nas responsabilidades, não as compartilham. São vistos mais como o provedor económico do que como pais. Este papel é apoiado pela sociedade com ordenados mais elevados e melhores oportunidades de trabalho. Há mudanças na atitude de género, identidade e divisão do trabalho.

O modelo da paternidade está a sofrer alterações pela importância do vínculo afetivo desde o início da gravidez (FREITAS; COELHO; SILVA, 2007). Os pais mostraram ser mais tradicionais nos seus comportamentos desde a gravidez até ao primeiro ano do bebé (KATZ-WISE; PRIESS; HYDE, 2010). A paternidade é um direito e um dever do homem. Direito de expressão das emoções e sentimentos, de participar nos cuidados e nas tarefas sem ter

que se afirmar sexualmente. Dever para com o filho de ser participante ativo nos cuidados e na afetividade. (FREITAS; COELHO; SILVA, 2007).

No processo de parentalidade as mães mudam mais do que os pais, e os pais pela primeira vez mudam mais do que aqueles que já têm filhos. Estas mudanças relacionam-se com o ajustamento ao papel de pai ou mãe, e mantêm-se entre os cinco meses de gravidez até ao primeiro ano do bebé (KATZ-WISE; PRIESS; HYDE, 2010).

Durante a gravidez e, também, durante o parto o pai passa por diferentes emoções como felicidade, euforia, choque e ansiedade (LEDENFORS; BERTERÖ, 2016). Durante o parto quer participar de forma ativa porque se não poder apoiar a mulher não se sente incluído. Quando vê a mulher com dor, pode ser emotivo e avassalador, e ser incapaz de a apoiar durante o nascimento do bebé. Se preparado pode ser o aliviador da dor fornecendo tranquilidade e segurança à mulher (LEDENFORS; BERTERÖ, 2016). Durante o parto o foco é a mulher, e o homem apoia e fortalece-a. No entanto, como o homem tem este papel as suas próprias necessidades e emoções são esquecidas. Assim o homem tem que ser reconhecido e ajudado como uma pessoa vulnerável. Acima de tudo a presença do pai durante o parto é importante, para que a mulher tenha apoio, contribui para o bem-estar e é importante para a vinculação paterna com o bebé. (ASLAN; ERTURK; DEMIR; AKSOY, 2017; LEDENFORS; BERTERÖ, 2016).

O envolvimento paterno durante a gravidez não é apenas o acompanhamento da mesma mas também o envolvimento emocional e afetivo. Este envolvimento define-se como a participação do pai em atividades relacionadas com a mulher grávida, na preparação para o nascimento, no apoio emocional prestado à mulher, e nas preocupações e ansiedades. Começa na gravidez, e está correlacionado com o número, intensidade e duração dos sintomas da síndrome de *Couvade* em pais expectantes. A partir do terceiro trimestre de gestação tudo se torna real e aí os pais envolvem-se e preocupam-se com a sexualidade, a relação conjugal, a estabilidade financeira e a adaptação ao papel de pai. (FERREIRA; LEAL; MAROCO, 2010).

Segundo Ledenfors e Berterö (2016) o primeiro encontro do pai com o filho desperta sentimentos mais fortes do que se podia imaginar, mesmo após a vinculação ocorrida durante a gravidez. É um período no qual os pais se sentem ligados emocionalmente com a mulher e se preparam para a paternidade. (FERREIRA; LEAL; MAROCO, 2010). Após o nascimento o sentimento de alívio está presente, por ter terminado a dor da mulher e por estar tudo bem com o bebé (LEDENFORS; BERTERÖ, 2016). É deslumbrante quando se inicia o contacto pele a pele, e o que sentem é amor. Também existe nervosismo e desejo de cuidar do novo ser humano. Tudo o que foi difícil é esquecido e apenas a felicidade existe.

Ao longo dos últimos anos foi demonstrado que existe vinculação paterna com o bebé durante a gravidez. A relação emocional e afetiva dos pais com os filhos já não é considerada inadequada se não afetar o papel masculino. Esta transformação deve-se a alterações na cultura, práticas em serviços e legislações. O síndrome de *Couvade* pode demonstrar o envolvimento do pai. Este síndrome consiste em sintomas físicos manifestados involuntariamente e inconscientemente pelos pais e concomitantes com a gravidez das suas companheiras (MARTINI; PICCININI; GONÇALVES, 2010). Os sintomas têm relação cronológica com a gravidez e o seu fim, o parto, ou pós-parto num curto período, logo a causa do síndrome é subjacente à gravidez (FERREIRA; LEAL; MAROCO, 2010).

O homem e a mulher adquirem de forma crescente a representação da imagem do bebé, pelo seu envolvimento emocional (BAKEL; HALL, 2019). Gomez e Leal (2007) elaboraram a versão portuguesa materna e paterna da *Antenatal Emotional Attachment Scale* que tem como objetivo avaliar a vinculação entre mãe-feto e pai-feto. A versão para o pai apresenta 16 itens que avalia a qualidade e a intensidade da vinculação. Os valores mais elevados demonstram um estilo de vinculação melhor e positivo mas não há um padrão considerado normal para estabelecer uma vinculação saudável ou não.

Os indicadores da vinculação emocional paterna prendem-se com o desejo de conhecer o bebé, o prazer na interação com ele, o desejo de o proteger e atender às suas necessidades. É maior nos primeiros filhos do que nos segundos devido à excitação e novidade. A maior incidência da vinculação é no terceiro trimestre da gravidez pela proximidade do nascimento, e especialmente se a gravidez é desejada e planeada (FERREIRA; LEAL; MAROCO, 2010). Considera-se que esta nova versão pode ser utilizada como medida válida e fidedigna de avaliação da vinculação ao feto. Poderá ser estabelecida se for usada de forma repetitiva em futuros estudos com outra amostra (GOMEZ; LEAL, 2007).

■ CONCLUSÃO

Após a análise dos artigos selecionados, foi possível identificar como se estabelece a vinculação paterna no período pré-natal. A percepção da paternidade diferencia-se de homem para homem, sendo que nem sempre ocorre assim que surge a notícia da gravidez. Na sua maioria assumem o papel de pai após o nascimento, não conseguindo construir vínculos afetivos antes. Contudo, mesmo que este vínculo se desenvolva mais tarde, será previsivelmente uma experiência social significativa. O envolvimento paterno durante a gravidez é importante para desenvolver a vinculação com o bebé. Um maior envolvimento parece estar associado ao facto de a gravidez ser ou não planeada e à forma como esta decorre. Por outro lado, diminui com o aumento da idade do pai e com o aumento do número de filhos.

O processo de vinculação paterna é um fenômeno pouco estudado e apesar da limitação de informações existentes na literatura a presente revisão observou a existência de vinculação paterna precoce e alguns dos fatores que a influenciam. Há um resultado positivo e evolutivo no papel do pai no período pré-natal. A análise da vinculação paterna no período pré-natal não se finaliza aqui. Sugerem-se novos estudos sobre o processo de vinculação paterna e os fatores determinantes para uma melhor compreensão do fenômeno.

■ REFERÊNCIAS

1. ASLAN, E.; ERTURK, S.; DEMIR, H.; AKSOY, O. Fathers' Attachment Status to their Infants; **International Journal of Caring Sciences**; 2017.
2. BAKEL, H. J.; HALL, R. A. The Father-infant relationship beyond caregiving sensitivity; **Attachment & Human Development**; 2019.
3. BARROSO, R. G.; MACHADO, C. Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. **Psychologica**; 2010.
4. DAYTON, C. J.; BROWN, S.; GOLETZ, J.; HICKS, L.; BARRON, C.; SPERLICH, M.; SMITH-DARDEN, J. Pathways to Parenting: Predictors of Prenatal Bonding in a Sample of Expectant Mothers and Fathers Exposed to Contextual Risk; **Journal of Child and Family Studies**; 2019.
5. FERREIRA, L. S.; LEAL, I.; MAROCO, J. Sintomatologia de Couvade e o Envolvimento Paterno vivenciado durante a gravidez; **psicologia, saúde & doenças**; 2010.
6. FREITAS, W. D.; COELHO, E. D.; SILVA, A. T. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero; **Cad. Saúde Pública**; 2007.
7. GOMEZ, R.; LEAL, I. Vinculação parental durante a gravidez: Versão portuguesa da forma materna e paterna da antenatal emotional attachment scale; **psicologia, saúde & doenças**; 2007
8. KATZ-WISE, S. L.; PRIESS, H. A.; HYDE, J. S. Gender-Role Attitudes and Behavior Across the Transition to Parenthood; **Dev Psychol**; 2010.
9. LEDENFORS, A.; BERTERÖ, C. First-time fathers' experiences of normal childbirth; **Linköping University Electronic Press**; 2016
10. MARTINI, T. A.; PICCININI, C. A.; GONÇALVES, T. R. Indicadores de síndrome de couvade em pais primíparos durante a gestação; **Aletheia**; 2010.
11. ORDEM DOS ENFERMEIROS. CIPE® Versão 2015 - Classificação internacional para a prática de enfermagem; Lisboa: **Lusodidacta**; 2016
12. RUIZ, N.; PISKERNIK, B.; WITTING, A.; FUIKO, R.; AHNERT, L. Parent-child attachment in children born preterm and at term: A multigroup analysis; **PLOS ONE**; 2018.
13. SAMORINHA, C.; FIGUEIREDO, B.; CRUZ, J. M. Vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais: impacto da ecografia do 1º trimestre de gestação; **psicologia, saúde & doenças**; 2009.
14. SCHMIDT, E. B.; ARGIMON, I. I. Vinculação da gestante e apego materno fetal; **Paideia**; 2009.

15. TEIXEIRA, M. I.; RAIMUNDO, F. M.; ANTUNES, M. C. Relação da Vinculação Materno-Fetal com a Idade Gestacional e as Memórias Parentais; **Revista de Enfermagem Referência**; 2016.
16. VEDOVA, A. M.; BURRO, R. Surveying prenatal attachment in fathers: the Italian adaptation of the Paternal Antenatal Attachment Scale (PAAS-IT); **Journal of Reproductive and Infante Psychology**; 2017.
17. WALTER, I.; LANDERS, S.; QUEHENBERGER, J.; CARLSON, E.; BRISCH, K. H. *The efficacy of the attachment-based SAFE® prevention program: a randomized control trial including mothers and fathers; **Attachment & Human Development**; 2019.

Pré-natal do pai/parceiro: análise das implicações para inclusão da atenção à saúde do homem

| **Maria das Neves Figueiroa**
UPE

| **Raquel Rufino Silva**
UPE

| **Maria Lúcia Neto de Menezes**
UPE

| **Afonso Henrique Fernandes de Melo**
UPE

| **Estela Maria Leitte Meireles Monteiro**
UFPE

| **Maria Eloisa dos Santos Silva**
UPE

| **Maria Clara Nascimento de Albuquerque Sousa**
UPE

| **Ana Beatriz Andrade Lima**
UPE

RESUMO

Objetivo: discutir a inclusão do pai/parceiro, considerando a concepção de paternidade e a valorização da assistência à saúde do homem na rotina de cuidados durante o pré-natal. **Método:** estudo teórico-reflexivo realizado a partir de 117 documentos obtidos nas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online*, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Scopus. A amostra final de artigos revisados foi constituída de 32 estudos que atenderam aos critérios de inclusão. **Resultados:** os artigos foram organizados em quatro grupos temáticos: “o pai na concepção de acompanhante”; “dificuldades para integração do pai no pré-natal sob o enfoque de profissionais de saúde”; “dificuldades para inclusão do pai no pré-natal sob o enfoque do homem” e “experiência do cuidado ao homem no pré-natal do pai/parceiro”. Esta última categoria incluiu as produções que constituíram o alvo da síntese e reflexão de interesse para o estudo. **Conclusão:** é necessário superar paradigmas relativos à concepção de que o acompanhamento pré-natal constitui um momento restrito ao universo feminino, ampliando-se a inclusão dos homens (pais/parceiros) nas ações que visam garantir às mães, filhos e aos pais, os benefícios das atividades assistenciais e de promoção à saúde no pré-natal.

Palavras-chave: Pai, Paternidade, Cuidado pré-Natal, Saúde do Homem.

■ INTRODUÇÃO

a paternidade e gravidez no cenário das reflexões sobre a importância inclusão do cuidado pré-natal à saúde do homem

A gravidez e o nascimento são eventos marcantes na vida do homem e da mulher, cercados por diferentes significados, repletos de expectativas e sentimentos como ansiedade, medo, angústia e alegria. É um acontecimento marcante na vida do casal e sua família, pois expressa um rito de passagem para uma condição adulta, repletos de significados emocionais e psíquicos, não se configurando apenas como um evento biológico.

A complexidade do processo gestacional e as vulnerabilidades estabelecidas na mulher e seu filho, fez com que, historicamente, o planejamento e as ações de saúde direcionadas à gestação tivessem o enfoque materno-infantil, distanciando o olhar sob os homens. A justificativa baseava-se na concepção de que os pais só vivenciavam a paternidade de forma mais tardia, após o nascimento de seus filhos. Esse fato pode ser evidenciado através das construções sociais de gênero que são repassadas culturalmente, reforçando modelos dos papéis “masculinos” e “femininos”, onde compete apenas à mulher todas as responsabilidades de reprodução e cuidado, já aos homens, todas as tarefas de provedor familiar, sendo afastado dos conhecimentos e emoções que envolvem o universo da gestação (BUENO; GOMES, 2021).

Ao longo dos anos, a constituição familiar passou por mudanças que refletiram na ideia que a ampla sociedade possuía a respeito dos papéis desenvolvidos pelos integrantes do núcleo familiar, induzindo a abertura para diferentes concepções sobre a estrutura da família e, conseqüentemente, o papel do pai. A paternidade ganhou visibilidade nos últimos anos, ainda que pare no senso comum, a predominante responsabilidade da mulher e sua função na manutenção do bem-estar e de ajustamento neste sistema familiar. O pai permanece numa posição coadjuvante, assim como os cuidados destinados ao homem no sistema de saúde pública (BRASIL, 2016).

Estudos no âmbito das políticas públicas na América Latina, onde a díade mulher-mãe ainda ocupa o eixo central nas políticas de saúde, demonstram que o cuidado, permanece como um fenômeno relacionado ao feminino, estabelecido num roteiro de atenção à saúde diferenciado para homens e mulheres, que promove persistência de diferenças e desigualdades de gênero. O machismo enraizado no pensamento de que “o homem não pode adoecer”, reflete em indicadores que evidenciam menor expectativa de vida e morte por doenças que poderiam ser evitadas através de acesso do homem a atividades educativas e atendimento à saúde de baixa complexidade. Essa realidade fez com que o Ministério da Saúde estabelecesse como prioridade a proteção à população jovem e adulta masculina,

lançando a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Homem (PNAISH) no ano de 2008 (BRASIL, 2008; KLEIN, 2016; SILVEIRA; MELO; BARRETO, 2017).

A importância da inclusão do homem nas ações de atenção básica à saúde, traz à tona uma suposta dificuldade destes em cuidar de sua própria saúde mas também alerta para questões relativas às dificuldades dos serviços de atenção básica em oferecer e garantir acesso do homem aos serviços que atendem às suas necessidades específicas. Nessa perspectiva, a busca pela inclusão do cuidado do homem no decurso da gestação, através do pré-natal do pai/parceiro, remete à discussão sobre a importância da atenção básica para a saúde do homem, a maior visibilidade do pai e seu papel na família em geral, masculinidade, autocuidado e a oferta de cuidado pré-natal com o enfoque na família.

No plano de políticas públicas, tanto no Brasil quanto no mundo, tem sido defendido que os homens podem e devem ser envolvidos integralmente em tudo o que diz respeito à tomada de decisão reprodutiva, desde a escolha de ser pai à participação solidária na gestação, no parto e na educação das crianças. O argumento central trazido por este debate é que, o envolvimento consciente dos homens – independentemente de ser pai biológico ou não – em todas as etapas do planejamento reprodutivo e da gestação pode ser determinante para a criação e/ou fortalecimento de vínculos afetivos saudáveis entre eles e suas parceiras e filhos(as) e para os homens, por aproximá-los definitivamente da arena do afeto e do cuidado. O Ministério da Saúde (MS) recomenda que é direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (incluído nas atividades de consultas, exames, bem como no acesso às informações) antes, durante e depois da gestação (BRASIL, 2008; 2016).

A reflexão a respeito de mudanças ocorridas na concepção de paternidade, gestação e pré-natal, aliado à preocupação por valorizar o acesso e o vínculo do homem no contexto do cuidado, fez emergir o interesse por buscar pesquisas que descrevessem experiências relacionadas ao pré-natal do pai/parceiro. Tal investigação revelou que a temática ainda é pouco explorada e os registros existentes descrevem a persistência de um modelo de cuidado que valoriza a “presença do pai como acompanhante”, como “apoio” integrado ao cuidado à gestante e seu filho, mas que não inclui o pai nas práticas de atenção à saúde.

O cenário de preocupações descritas motivou a realização de um estudo que permitisse discutir a inclusão do pai/parceiro, considerando a concepção de paternidade e a valorização da assistência à saúde do homem na rotina de cuidados durante o pré-natal.

Acredita-se que o estudo é relevante porque propõe refletir sobre conceitos que fundamentam as práticas de atenção à saúde e as dificuldades relacionadas ao envolvimento precoce do pai/parceiro no cuidado durante a gestação. Do mesmo modo, tais discussões poderão ampliar o interesse de novas pesquisas relacionadas à temática, diminuindo as lacunas de conhecimento a respeito de como os serviços e profissionais de saúde poderão

atuar para motivar os usuários e reduzir as dificuldades do homem em promover o autocuidado nas diferentes fases da vida.

■ MÉTODO

A busca e seleção do conteúdo de reflexão

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo (MINAYO, 2014), cuja construção aproxima-se da abordagem qualitativa, tendo em vista a interpretação e análise dos elementos teóricos obtidos por meio do levantamento bibliográfico, com formulação discursiva baseada na construção de conteúdos submetidos à análise crítica dos autores.

O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e Scopus. Para tanto, foram utilizados os Descritores em Ciência da Saúde/Medical Subject Headings (DeCS/MeSH) em português e seus correspondentes em inglês: “Pai”, “Paternidade”, “Cuidado Pré-natal” e “Saúde do Homem”.

Os documentos científicos foram selecionados entre as publicações dos últimos 10 (dez) anos (2011-2021), na língua portuguesa, com textos completos disponíveis (full free text) online e gratuitos e que abordavam a temática de interesse na presente revisão. Utilizou-se como critério de inclusão os artigos cuja referência era fonte primária de citação, excluindo-se artigos de revisão e editoriais. Nesta primeira etapa foram selecionados 117 publicações.

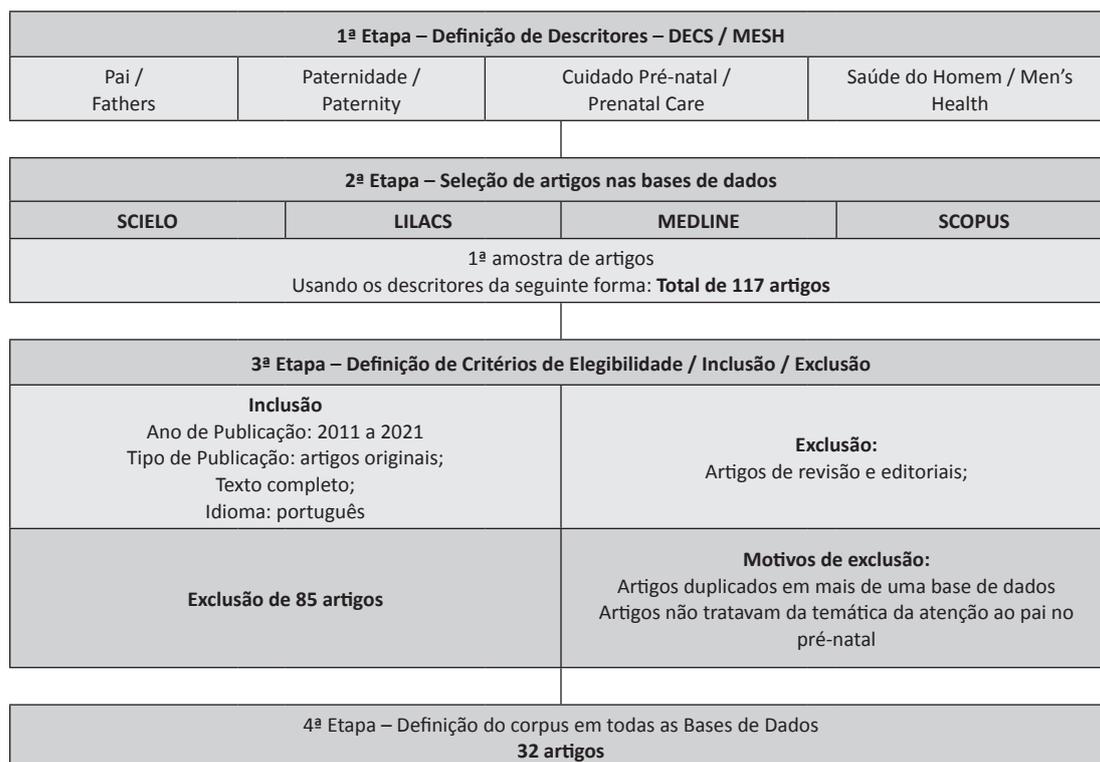
A etapa seguinte constou da leitura dos títulos e resumos, excluindo-se 85 artigos que estavam publicados em mais de uma base de dados ou que não tratavam da temática de interesse: como o pai/parceiro deve ser incluído no cuidado pré-natal? Quais as dificuldades para a inclusão do pai/parceiro no pré-natal do homem? Após essa etapa de seleção dos textos, realizou-se uma consulta detalhada aos 32 artigos completos que compuseram a amostra final de publicações contempladas neste estudo.

Os artigos selecionados foram lidos e relidos na íntegra para construção da apresentação dos resultados, cujos eixos temáticos foram organizados em categorias de análise, para reflexão e discussão crítica dos seus conteúdos. A discussão crítica dos autores foi fundamentada nos conceitos filosóficos de gênero (WALDRON, 1976; GOMES, NASCIMENTO, ARAÚJO, 2007) e paternidade (BERNADETI, 2017), as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (BRASIL, 2008) e da atenção ao Pré-natal do Pai/Parceiro (BRASIL, 2018).

A pesquisa foi conduzida de acordo com os conceitos éticos para a realização de estudos científicos baseados nos dados secundários, com respeito a direito autoral, da integridade científica, veracidade e responsabilidade com o manejo de informações científicas.

A sistematização da seleção das publicações, o quantitativo de publicações incluídas e excluídas, e finalmente os motivos de exclusão foram apresentados em um fluxograma, juntamente com a descrição das produções científicas selecionadas.

Quadro1: Apresentação das etapas de seleção dos artigos revisados (2011-2021)



■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

O pai não é acompanhante – o desafio é inclusão

Foram analisados 32 artigos na íntegra. Todos constaram de documentos decorrentes de pesquisas brasileiras, publicadas entre os anos de 2011 e 2021. A maioria foi dos estudos foi composta de pesquisas qualitativas (85%).

A princípio, os 32 estudos analisados atendiam ao critério de inclusão porque abordavam a temática da presença do pai/ parceiro no pré-natal. Contudo, procedida leitura integral dos 32 artigos (100%), foi possível categorizar os artigos em quatro subgrupos: um grupo de artigos abordava “**o pai na concepção de acompanhante**”, tratando de estudos de opinião e relatos de experiências a respeito da ótica de profissionais de saúde, analisando a importância do pai no pré-natal, como estratégia para valorização do vínculo familiar, com reflexos no seu posicionamento durante o parto e para a redução da violência doméstica.

O segundo grupo de artigos abordava **“dificuldades para integração do pai no pré-natal sob o enfoque de profissionais de saúde”**, onde são ressaltadas as dificuldades associadas aos horários de atendimento não flexibilizados, as experiências detalhadas em descrições sobre como profissionais podem captar, motivar e acolher o pai na consulta da gestante e por outro lado, o relato de sentimentos de despreparo em sua formação profissional, para atender o pai/parceiro, sob a ótica de pré-natal do homem;

O terceiro grupo abordava **“dificuldades para integração do pai no pré-natal sob o enfoque do homem”**, identificando-se estudos onde são abordados relatos dos pais/parceiros em suas experiências como acompanhantes no pré-natal de suas esposas/parceiras, detalhando-se sentimentos e dificuldades de acolhimento por parte dos profissionais, falta de apoio das empresas e empregadores na liberação dos homens que precisam acompanhar as gestantes;

E por fim, o quarto grupo de artigos, que contemplou um número de 7(22%) das publicações selecionadas, dentre as quais foi discutida a **“experiência do cuidado ao homem no pré-natal do pai/parceiro”**. Esta categoria incluiu as produções que foram identificadas como as que constituíram o alvo da reflexão de interesse no presente estudo.

A leitura das produções científicas relativas à inclusão do homem/pai/parceiro no pré-natal permitiu a discutir a **“percepção do homem como alvo do cuidado no pré-natal”**. A partir de três perguntas realizadas pelos homens e destacadas entre os estudos analisados, foram construídas as categorias de análise para a questão do estudo.

1ª categoria: “Por que eu preciso fazer exames se quem está grávida é ela?”

2ª categoria: “Por que eu preciso fazer exames se não estou doente?”

3ª categoria: “Para que ir à consulta se o profissional que está lá nem me dá atenção?”

A análise do conteúdo da **1ª categoria (“Por que eu preciso fazer exames se quem está grávida é ela?”)** diz respeito à compreensão dos homens sobre o pré-natal como um atendimento destinado apenas aos cuidados com a mulher grávida ou no máximo da díade mãe-filho (CAVALCANTI; TSUNECHIRO, 2018; GOMES, 2020).

Diante desta percepção, é válido destacar que o pré-natal do homem abre a oportunidade de discutir e superar o conceito amplamente aceito de que o período gestacional e o acompanhamento pré-natal constitui um momento restrito ao universo feminino. Desse modo, apenas mães e bebês podem beneficiar-se das atividades assistenciais. O pai seria aquele que se encontra na posição de apoio.

Um fator relatado por (SILVA, 2019) que expressa a concepção de que o pré-natal é ambiente apenas para a gestante é a nomenclatura utilizada pelos serviços que não são convidativos/inclusivos para os pais, que muitas vezes são denominados como “grupo de

gestantes”, “grupo de mães”. Esse fato reforça a ideia de que a gestação é um evento exclusivo da mulher e que não inclui o pai.

A inserção do homem no pré-natal, confere o direito de que este homem/pai/parceiro possa vivenciar a paternidade mais precocemente. E, ao mesmo tempo, o direito de ser incluído no contexto do cuidado, haja visto que integra a tríade mãe-pai-filho, em que todos possuem necessidades singulares que merecem atenção e benefícios.

Não se pode esquecer que a vivência da paternidade no âmbito do cuidado pré-natal ainda permanece pouco é discutida e problematizada. No entanto, já está bem compreendido que a experiência dos homens em relação à paternidade não é homogênea. A percepção de paternidade é permeada por questões culturais que influenciam no modo de vivenciar e experienciar a paternidade. Está cada vez mais superada a concepção de que se sentir pai é um fato que só se concretiza a partir do momento em que o filho nasce (HENZ; MEDEIROS; SALVADORI, 2017).

Desde a gravidez é iniciada a construção de vínculos afetivos que se firmarão com o nascimento. Portanto, o envolvimento do pai desde o momento da gestação permite que sentimentos afetivos e de vínculo favoreçam o relacionamento saudável e acolhedor. Além disso, o exercício da paternidade é capaz de despertar nos homens um olhar voltado para o cuidado, de si próprio, dos filhos e da companheira. Dessa forma, a educação, a informação e a atenção à saúde permeada pela abordagem de gênero, possível de ser promovida desde o pré-natal, poderá gerar mudanças nas concepções e na atuação do ser-pai na sociedade (MENDES; SANTOS, 2019).

A reflexão referente à 2ª categoria: “Por que eu preciso fazer exames se não estou doente?”

No pré-natal do pai/parceiro deve ser oferecido ao homem a possibilidade de acesso ao serviço, aos insumos de prevenção e ao diagnóstico. Portanto, recomenda-se a solicitação dos exames sorológicos para HIV, sífilis, hepatite b e avaliação, bem como atualização de vacinas. Entre as ações de educação para a saúde, deve-se acolher a subjetividade dos usuários, conhecer as principais vulnerabilidades e as necessidades particulares dos usuários, suas características e estilos de vida e desenvolver uma abordagem sobre os riscos, respeitando as suas especificidades (BRASIL, 2018).

A estranheza dos homens quanto à abordagem da sua condição e cuidados com a saúde, remete ao fato já descrito anteriormente, em relação ao pré-natal como espaço de cuidado da gestante e seu filho. Contudo, reflete também o que os estudos apresentam como o perfil de gênero masculino para busca de atenção à saúde. Estes estudos explicam que a maioria dos homens chega aos serviços de saúde com demandas de níveis de atenção

de especialidade e que a promoção e prevenção continuam sendo os principais aspectos da saúde masculina que necessitam ser explorados, devendo ser estimuladas em todas as idades (BERTOLINI; SIMONETTI, 2014).

Desse modo, ao incluir os homens no cuidado pré-natal, é possível estimular a validade da prática do autocuidado e a importância dos exames para rastreamento e diagnóstico precoce, mesmo que muitas das vezes eles se sintam saudáveis. Assim, como afirmam Moreira, Gomes e Ribeiro (2016), os homens são convidados a colocar-se numa condição de ser vulnerável ao adoecimento, ao mesmo tempo que percebam a sua saúde como prioritária, visto que além de provedores de suas casas, são seres humanos e precisam de cuidado contínuo e autocuidado.

A PNAISH (BRASIL, 2008) propõe uma mudança paradigmática da percepção masculina em relação a seus cuidados com a saúde, através da compreensão do universo masculino e suas motivações e empecilhos para fazer a prevenção de doenças. Do mesmo modo, através do Pré-natal do Pai/parceiro (BRASIL, 2018) a paternidade é percebida como um caminho para a promoção da saúde do homem, ampliando-se o acesso e o acolhimento destes aos serviços e programas de saúde, qualificando as práticas de cuidado com sua saúde de maneira geral no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Junto aos cuidados à gestante e seu filho, recomenda-se e incluir o pai nas ações de promoção e na ampliação do acesso ao serviço, aos insumos de educação, prevenção e diagnóstico.

Quanto à 3ª categoria: “Para que ir à consulta se o profissional que está lá nem me dá atenção?”

Esta categoria reuniu a concepção dos estudos que identificaram relatos de pais/parceiros que não se sentem motivados a participar do pré-natal porque não se sentem acolhidos em suas demandas, pelos profissionais de saúde. Nestes estudos, os homens referem que as consultas são direcionadas ao controle da saúde da mulher e do bebê, considerando-o, muitas vezes, como coadjuvante (SILVA, 2019).

Entende-se que para sanar essa desigualdade, é fundamental a qualificação dos profissionais de saúde a fim que possam contribuir na ampliação e melhoria do acesso e acolhimento dos homens nos serviços de saúde, ampliando o foco para a tríade mãe-filho-pai, e insere o homem como protagonista junto com a parceira. Neste sentido, é requerido dos profissionais de saúde, uma compreensão do processo saúde-doença que ultrapasse o modelo biológico (BALICA; AGUIAR, 2019).

De acordo com os resultados encontrados nesta pesquisa faz-se necessário ampliar as discussões sobre a formação do profissional de saúde quanto aos direitos sexuais e reprodutivos dos homens, bem como, as questões que envolvem uma paternidade responsável,

tendo como base a política de saúde do homem e visando uma valorização dos homens como protagonistas durante o todo o período perinatal (SILVA, 2019).

Silva (2019) ressalta também que aos profissionais de saúde cabe rever as suas posturas na execução das ações de saúde e reivindicar junto aos gestores de saúde, recursos para capacitação e sensibilização da equipe de saúde e conseqüentemente a sensibilização dos homens e ou casais para a importância deste atendimento, pensando na proposta do Ministério da Saúde relacionado ao pré-natal do homem e ou parceiro junto ao pré-natal da companheira.

■ CONCLUSÃO

A reflexão dos estudos revelou concordância quanto à importância das ações de inclusão do pai/parceiro nas práticas de atenção à saúde realizados no período pré-natal. Contudo, a maioria dos estudos ainda focaliza a importância do pai como coadjuvante e apoiador à vivência da maternidade, seja durante o pré-natal, parto ou puerpério.

A experiência de incluir o pai/parceiro no cuidado pré-natal, como alvo das ações de saúde do homem, explorando as questões ligadas à experiência da paternidade ativa, garantia de atividades de prevenção de doenças relacionadas ao público masculino e o acolhimento para valorizar o vínculo do homem com os serviços do SUS, ainda faz parte de um ideal político que não encontra reflexo na maioria dos serviços de atenção ao pré-natal no Brasil. As dificuldades de atenção ao cuidado do homem no pré-natal incluem as barreiras culturais, institucionais e relacionadas à capacitação de profissionais de saúde.

O estudo permite concluir que é necessário superar paradigmas relativos à concepção de que o acompanhamento pré-natal constitui um momento restrito ao universo feminino, ampliando-se a inclusão dos homens (pais/parceiros) nas ações que visam garantir às mães, filhos e aos pais, os benefícios das atividades assistenciais e de promoção à saúde no pré-natal.

■ REFERÊNCIAS

1. BALICA, L. O.; AGUIAR, R. S. Percepções paternas no acompanhamento do pré-natal. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, 2019, v. 17, n. 61, p. 114-126.
2. BERNADETI, D. Paternidade e cuidado: “novos conceitos”, velhos discursos. **Psic. Rev. São Paulo**. 2017, v.26, n.1, 59-80.
3. BERTOLINI, D.N.P.; SIMONETTI, J.P. O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. **Escola Anna Nery** [online], 2014, v. 18, n. 4, pp. 722-727.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Coordenação Nacional de Saúde do Homem**. Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde. Rio de Janeiro; Ministério da Saúde, 2016.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
7. BUENO, A.C.; GOMES, E.N.F.; SOUZA, A.S.; SILVA, J.S.L; et al. **Ausência do homem no Pré-Natal da Parceira e no Pré-Natal do pai**. Início / Arquivos / v. 12 n. 2 Revista Pró-UniverSUS Edição Especial - Dossiê Temático Sentidos do fazer em Enfermagem, 2021.
8. CAVALCANT M.A.A; TSUNECIRO, M.A. O comportamento paterno na consulta pré-natal. **Rev Paul Enferm** [Internet]. 2018, v.29, p.39-46.
9. GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2007, v. 23, n. 3, p. 565-574.
10. HENZ, G.S.; MEDEIROS, C.R.G.; SALVADORI, M. A inclusão paterna durante o pré-natal. **Rev Enferm Atenção Saúde** [Online]. Jan/Jun, 2017, v.6, n.1, p.52-66.
11. KLEIN C.; MEYER D.E. Mulheres-visitadoras, mulheres-voluntárias, mulheres da comunidade: o conhecimento como estratégia de diferenciação de sujeitos de gênero. **Cad Pagu**. 2016; v.45, n.1, p. 427–55.
12. MENDES, S. C.; SANTOS, K. C. B. Pré-natal masculino: a importância da participação do pai nas consultas de pré-natal. **Enciclopédia Biosfera**, Goiânia, v. 16, n. 29; p. 2120, 2019
13. MINAYO, M.C.; GUERRIETO, Z.I.C. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2014;19(4):1103-1112.
14. MOREIRA, M.C.N.; GOMES, R.; RIBEIRO, C.R. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2016, v. 32, n. 4.
15. SILVA, M.L. **A Paternidade em Rede: Subsídios para o Exercício da Paternidade Ativa dos Pais/Parceiros com Base na Pesquisa Nacional Saúde do Homem-Paternidade e Cuidado-Etapa III no Distrito Federal**. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva]. Universidade de Brasília, UNB, 2019.
16. SILVEIRA, C. L.G., MELO, V. F. C., BARRETO, A. J. R. Atenção à Saúde do Homem na Atenção Primária em Saúde. **Rev. Enferm UFPE Online**, 2017, v.11, n.3, 1528-1535.
17. WALDRON, I. Why do women live longer than men? **Soc. Sci. Med**, 1976, v. 10, p. 349-362.

Contribuição da educação sexual frente a gravidez o aborto na adolescência

| Maria Izabel Cosme de Brito

| Eivaldo Xavier da Silva Junior

RESUMO

A transição da adolescência para a fase adulta é um fenômeno complexo, pois o corpo sofre transformações adaptativas aos caracteres sexuais secundários. Com isso, ocorre o início, prematuro, da atividade sexual, o que pode acarretar a uma gestação não planejada e o aborto pode e tornar uma saída a este desafio. Desta forma, o presente estudo tem como objetivo descrever a importância da educação sexual como proposta a contribuir na diminuição de casos de gravidez precoce, bem como aborto clandestino, com base em literatura especializada. O estudo constituiu-se de uma revisão na literatura, do tipo descritiva, com base em produções científicas indexadas PEPSIC, Google Acadêmico e Scielo, entre o período de 2010 e 2020. Obteve-se 17 artigos que permitiu abordar o tema central do estudo de forma diversificada a fim de enfatizar a importância do conhecimento do corpo como prevenção da gravidez precoce e, por consequente, evitar a procura por procedimentos de aborto clandestino. A falta de planejamento e ausência de suporte familiar, faz com que adolescentes busquem a prática do aborto. A família e a escola são importantes na transmissão de informações, desse modo a educação sexual se torna necessária e transformadora, tanto para a vida dos adolescentes quanto para seu meio social.

Palavras-chave: Gravidez Precoce, Aborto Clandestino, Educação Sexual, Sensibilização Escolar.

■ INTRODUÇÃO

A fase de adolescência é caracterizada por etapas de desenvolvimento físico, mental, emocional e social, chama a atenção pelas transformações que promove (AMORIM *et al.*, 2013). As mudanças nesse período estão vinculadas ao aprendizado da sociabilidade, dos modelos de gêneros, dos valores, das moralidades sociais e das dificuldades advindas, experiências que ampliam suas vulnerabilidades (GONÇALVES *et al.*, 2015). A transição da infância para a fase adulta é um processo lento e complexo, quando ainda está se adaptando às transformações que estão ocorrendo em seu corpo, resultantes das alterações hormonais que acontecem durante a puberdade (POERSCH *et al.*, 2015).

O início da vida sexual dos brasileiros ocorre, em geral, durante a adolescência. Segundo dados do OMS (Ano), a média de idade da primeira relação sexual no Brasil é de 14,9 anos, sendo que as mulheres iniciam de forma mais tardia do que os homens. Dados mais recentes demonstram que 29% dos adolescentes de 13 a 15 anos entrevistados pela Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), de 2012, já tiveram relação sexual (IBGE, 2013). Nessa etapa da vida, a sexualidade precoce aumenta e a vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), bem como a gravidez na adolescência (SILVA, 2015).

A gravidez precoce ocorre por diversos fatores, como a submissão de mulheres à vontade de seu parceiro, bem como a desproteção nas relações sexuais, ou até mesmo por falta de acesso às informações, o uso incorreto ou mesmo o não uso dos métodos anticoncepcionais, pesquisas mostram que o início da atividade sexual pelos jovens é cada vez mais precoce, contribuindo para o aumento nos índices de gravidez indesejada (CARVALHO, 2011).

A gravidez na adolescência é um fenômeno complexo, associado a vários fatores, econômicos, sociais e de comportamento sexual, sendo considerado, nessas últimas décadas, um problema de saúde pública, em virtude da frequência que vem ocorrendo (SILVA *et al.*, 2015). A porcentagem de casos de gravidez, tem se mantido elevado nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Nas faixas etárias mais avançadas vem decrescendo e o que alarma é o aumento, recente, nas idades mais baixas, entre 10 anos e 15 anos (COSTA *et al.*, 2019).

Na adolescência, a gravidez é sempre considerada de alto risco, podendo propiciar o aparecimento de uma série de complicações para mãe e para o feto, pelas alterações biológicas, psicológicas, sociais e culturais que podem advir (DIAS *et al.*, 2010). Nesses casos, os conflitos com relação à aceitação da gravidez são comuns e a possibilidade de aborto induzido aumentam (PARCERO *et al.*, 2017).

Com relação às repercussões para a saúde da adolescente, a gravidez representa uma das principais causas de morte de mulheres entre 15 e os 19 anos, seja por complicações da gestação na adolescentes, ou devido ao abortamento (NUNES *et al.*, 2013). A gravidez

indesejada, é o motivo da prática do aborto provocado e varia de acordo com a história de vida e personalidade de cada mulher, que reflete na forma como ela irá aceitar a nova condição (MORAES *et al.*, 2017).

Quando não é planejada ou indesejada, a maternidade pode se tornar um evento opressor, uma vez que a gestação induz mudanças, incluindo a aparência do corpo, a relação com o companheiro e mesmo, mudanças nos planos profissionais (CORREIA *et al.*, 2011). O contexto do aborto induzido é representado com maior relevância por motivos socioeconômicos, culturais, religiosos, emocionais e educacionais como centro do problema (MILANEZ *et al.*, 2016).

A ocorrência do abortamento vai além do que os dados estatísticos mostram, as condições em que esta mulher engravidou e gerou este feto não são analisadas em nenhum momento, sendo os motivos associados como, a ausência de apoio do parceiro, da família e as dificuldades financeiras (CARVALHO, 2011).

As adolescentes, com maior poder aquisitivo, utilizam as clínicas especializadas e têm acesso à assistência qualificada; enquanto, as adolescentes de renda inferior, por não terem condições financeiras, buscam pessoas, não habilitadas, e métodos abortivos rudimentares, que levam a graves complicações e até à morte (SILVEIRA *et al.*, 2016).

Assim sendo, muitas mulheres convivem com a possibilidade iminente de morte, expressam sentimento de culpa, medo pela discriminação, falta de apoio e solidão dentro do ambiente hospitalar, quando praticam o aborto clandestino (MORAES *et al.*, 2017). Na clandestinidade, o aborto é realizado em condições precárias e inseguras, ou seja, em ambientes sépticos e com pessoas despreparadas, inclusive pela auto-indução de medicamentos e uso do Cytotec (NUNES *et al.*, 2013).

O abortamento torna-se a única saída para estas adolescentes e, neste desafio, elas arriscam suas próprias vidas, quando decidem interromper a gravidez utilizando-se de quaisquer recursos disponíveis. Esta decisão, muitas vezes, é vivida de forma solitária, ou sobre pressão dos parceiros ou familiares, sendo julgada e vista pela sociedade como insensível e criminosa. No instante em que provoca o aborto, ela é menosprezada, atendida de forma discriminada pelos serviços de saúde (MORAES *et al.*, 2017).

Moreira e Folmer (2015) reforçam que a educação sexual deve ter início em casa, com orientações de pais ou responsáveis, e complementá-las em sala de aula, com abordagem confortável, a fim de esclarecer dúvidas e tornar o conhecimento significativo. Assim, a fim de minimizar essas dificuldades, torna-se fundamental trabalhar, desde a formação inicial dos futuros educadores, propostas interdisciplinares que utilizem temas transversais de relevância e urgência social (LARA *et al.*, 2015). Desta forma, o objetivo do presente estudo foi descrever

a importância da educação sexual como proposta de contribuição na diminuição de casos de gravidez precoce, bem como aborto clandestino, com base em literatura especializada.

■ METODOLOGIA

O estudo constituiu-se de uma revisão na literatura, do tipo descritiva, com base em produções científicas indexadas nas bases eletrônicas de dados PEPSIC, Google Acadêmico e Scielo, os quais foram publicados entre o período de 2010 e 2020. A busca foi realizada utilizando as terminologias cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) relacionados com o tema principal do estudo.

Desta forma, optou-pelos descritores gravidez e adolescência, aborto na adolescência, experiência com aborto clandestino e educação sexual na escola. Assim, em um primeiro momento, a seleção dos artigos foi feita a partir da análise dos títulos e resumos, sendo inclusos todos aqueles que possuíam os descritores referidos. Adotou-se como exclusão, aqueles artigos que apresentavam os descritores pré-definidos associados a outros temas, distintos, como DTSs. Logo em seguida, foi realizada sua leitura na íntegra, a fim de obter os aspectos de contribuição da educação sexual frente a gravidez na adolescência, bem como os casos de abortos clandestinos.

■ REFERENCIAL TEÓRICO

A adolescência é caracterizada por uma fase de descobertas, desse modo se faz necessário o conhecimento sobre sexualidade com intuito de sensibilizar devido as suas atitudes e consequências, como é o caso da gravidez precoce (POERSCH *et al.*, 2015). Diversas circunstâncias são determinantes para uma gravidez na adolescência, o não planejamento, a baixa escolaridade, renda familiar, antecipação da menarca, pobreza, falta de conhecimento sobre anticoncepcionais, educação sexual - ausente ou insatisfatória -, e atividade sexual precoce (CORREIA *et al.*, 2011). Essas variáveis, assim como outros elementos sociais, não podem ser entendidas como um acontecimento isolado, mas como um fato que pode interagir entre si e mudar de acordo com as regiões e grupos sociais. Taborda *et al.*, (2014) abordam diversas perspectivas, que constitui importante ferramenta na prevenção da gravidez precoce, bem como do aborto. No Brasil, a prática do aborto, apesar de ser ilegal, continua sendo realizado na população, especialmente adolescente.

A escola exerce o papel do saber partilhado na formação dos educandos, porém no quesito sexualidade, muitas vezes, os pais não assumem o papel de orientar seus filhos, onde tende cair toda a responsabilidade sobre a instituição escolar (MACIEL *et al.*, 2014). A sexualidade é mais um tema, entre outros, cuja responsabilidade pela informação

e formação é atribuída à escola, que agora tem mais uma entre tantas responsabilidades (BRANCALEONI E OLIVEIRA 2016).

Os PCNs norteiam questões básicas referente orientação sexual, como forma de conhecimento sobre a sexualidade e tudo que a envolve (AMORIM, 2013). Nesse sentido, precisa-se discutir a formação com que estão sendo preparados os professores para encarar a orientação sexual na escola, cuja maioria se sente despreparada para abordar essa temática (BARCELOS E JACOBUCCI 2011).

O professor, como sujeito que também possui sexualidade relacionada com suas vivências, necessita ficar atento para que não ocorra transmissão de valores, crenças e opiniões como verdades absolutas no ambiente escolar (SILVEIRA, 2010). A escola precisa associar a sexualidade com a vida, a saúde, ao prazer e ao bem-estar. Além disso, essa orientação possibilita que os alunos aprendam, de maneira mais eficaz, ações preventivas das doenças sexualmente transmissíveis (FERREIRA *et al.*, 2014).

Nessa perspectiva, entendemos que a educação sexual no contexto escolar é necessária, para a formação da sexualidade de crianças e jovens, pois visa fortalecer sua capacidade de fazer escolhas seguras, para que os educandos exerçam sua sexualidade com segurança, tranquilidade e plenitude, contribuindo, assim, para uma prática sexual saudável e responsável (GONZALEZ *et al.*, 2015).

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base nos critérios de inclusão, pode-se obter 17 artigos, dos quais dois abordavam sobre gravidez na adolescência; quatro abordaram a gravidez indesejada na adolescência e os fatores associados à prática do aborto e ausência de apoio familiar; três relatavam gravidez não planejada e os fatores associados à prática do aborto e as experiências de mulheres com aborto; dois com o início da vida sexual entre adolescentes e comportamentos em saúde; dois apresentaram as facilidades e dificuldades da educação sexual na escola e vivências da sexualidade na adolescência; um que abordou o silêncio da família e da escola frente ao desafio da sexualidade na adolescência; dois com contribuições de metodologias e modelos de educação sexual na escola; e um sobre educação sexual em escolas brasileiras.

Bassols *et al.* (2010) em seu estudo ressalta que quanto mais precoce o início da vida sexual, maiores serão as chances de ocorrer prejuízos à saúde, durante e após a adolescência, ou seja, quanto mais precoce for o início da vida sexual, acredita-se que, maior será o número de parceiros sexuais. Experiências sexuais vivenciadas em um momento que o amadurecimento psicológico ainda está acontecendo, e o conhecimento de forma inadequada sobre a sexualidade, acabam sendo expostos a riscos de saúde, e que podem terminar na ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não planejada

(MORAES *et al.*, 2017). Os dados apresentados por Moraes *et al.* (2017), demonstram que o número de gestações indesejada esta associada à falta de perspectiva para o futuro e à incapacidade de resolver tais conflitos, geram problemas como, o abandono do filho, da família, da escola ou a realização de aborto.

De acordo com Ferreira *et al.* (2012), apresentam fatores consideráveis que influenciam a prática do aborto como a ocorrência de gravidez ocorre dentro de relacionamentos estáveis, ter mais de dois parceiros sexuais ou trocar de companheiro antes de engravidar. Os autores afirmam que a falta de compromisso afetivo estabelecido com o parceiro, ausência desse vínculo, implica, frequentemente, em episódios de aborto.

Um estudo realizado com 6935 adolescentes, de ambos os sexos, entre 14 e 19 anos das cinco regiões brasileiras, mostrou que 3,3% relataram ter experiência de gravidez e 1,3% relataram experiência de aborto (SCHIRO *et al.*, 2012). De acordo com Diniz e Medeiros (2010), os índices variam de 72% a 78% quando se trata de experiência de aborto induzido, isso ocorre entre adolescentes na faixa etária de 17 a 19 anos, dados estes que se referem à idade na realização do último aborto. Com isso, o aborto se torna um procedimento para a interrupção da gestação indesejada, realizado em ambientes sem padrões médicos mínimos e por pessoas não habilitadas (NUNES *et al.*, 2013).

Em um estudo feito por Chaves *et al.* (2012), na cidade de Maceió estado do Alagoas, 201 adolescentes foram submetidas à curetagem uterina pós-aborto. Através da utilização de critérios indiretos para classificar a prática do aborto, consideraram que 164 adolescentes se encontravam na categoria de aborto certamente provocado. Faria *et al.* (2012) complementam que, mortes ocasionadas por aborto, atingem adolescentes preferencialmente, de *status* sociais desfavorecidos, residentes em áreas periféricas das cidades.

De acordo com a literatura, Souza (2010), ressalta que a prática do aborto é ocasionada por vários motivos, dentre eles os principais são mulheres dependentes do companheiro, ou de familiares e justificando a prática do aborto pelo medo e insegurança de não conseguirem manter as necessidades básicas de uma criança. Nesse sentido, chamamos atenção para a possibilidade do não uso, ou o uso incorreto, de contraceptivos, o que pode contribuir para uma possível gravidez indesejada, como, também, é demonstrado por Américo *et al.*, (2013), os quais dizem que mulheres possuem lacunas quanto ao conhecimento sobre anticoncepcionais orais.

Tais dados corroboram com os estudos de Gondim e colaboradores (2015), os quais indicam que, aproximadamente, 70% dos estudantes adolescentes referem receber algum tipo de informação ou prática aliada à saúde sexual. Ramiro *et al.* (2015) relatam que, de acordo com esse aspecto a educação sexual pode desempenhar um papel relevante na triagem desta informação, contribuindo para que estas informações seja utilizada da melhor

forma. Altmann (2013) ressalta a importância da educação sexual, as quais devem abordar as dimensões subjetivas, sociais e culturais da sexualidade, além dos aspectos biológicos.

Ramiro *et al.*, (2015) considera, a educação sexual, a principal forma de prevenir comportamentos de risco, promovendo prevenção, alterando os riscos, levando em consideração a importância de adquirir competências cognitivas e comportamentais necessárias à capacidade de mudança e os fatores situacionais que possam intervir nesse comportamento ocasionado a mudança.

Contudo, a educação, para a saúde, busca a sensibilização e desenvolvimento dos jovens por parte dos agentes educativos envolvidos, bem como a família, escola, comunidade, instituição, locais de lazer e diversão. Sfair *et al.*, (2015) destacam que a educação sexual na escola podem promover o diálogo, a troca de experiências e informações, maior autonomia quanto ao exercício da sexualidade, como podem contribuir positivamente com a saúde integral dos adolescentes e favorecer a redução de possíveis consequências indesejáveis advindas das vivências sexuais.

Silva *et al.* (2015) apresentam-se de acordo com os autores supracitados, mostrando que a educação sexual se apresenta como instrumento de transformação social capaz de contribuir para mudanças de comportamento e de normas relacionadas à sexualidade, com grande relevância e oportuno seu trabalho nas escolas. Apesar da importância e necessidade de discutir questões relacionadas à sexualidade no contexto escolar, o tema ainda é enfrentado como um desafio pelos docentes.

De acordo com Barcelos e Jacobucci (2011), a dificuldade que os professores apresentam está relacionada à forma como esses profissionais encaram a temática, pois ainda é vista como tabu. Moreira e Folmer (2011) corroboram inferindo que a falta de preparo dos profissionais da educação também é um dos fatores determinantes aos desafios do ensino de sexualidade nas escolas. Desse modo, faz-se necessário a formação inicial e continuada, dos professores, para que aumentem o seu campo de competências e, especialmente, de intervenção.

Tendo em vista a sensibilização, como meio de promoção da saúde nas escolas, é de extrema importância uma formação pessoal e social, com base em modelos de intervenção nas escolas. É essencial que este modelo se desenvolva tendo em conta as características próprias da adolescência e que se generalize às escolas de todo o país, permitindo que se consigam obter ganhos na saúde dos nossos adolescentes (RAMIRO *et al.*, 2015)

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adolescência é compreendida por uma fase de transformações, curiosidades e descobertas. Devido a isso, o início da vida sexual precoce, acarreta várias consequências como as DSTs, gravidez indesejada, falta de planejamento e suporte familiar. Estes fatores acabam por buscar a prática clandestina do aborto, que apesar de proibido por lei no Brasil, é frequentemente realizado.

A família e a escola são importantes na transmissão de informações e orientação. A educação sexual acontece de forma transversal nas escolas brasileiras, destaca-se a necessidade de maior atenção a essas ações. A discussão sobre sexualidade, nos espaços escolares, implica em estimular que esse debate seja estendido à sociedade de modo que os indivíduos não tenham medo de falar abertamente sobre os assuntos relacionados as práticas sexuais, e orientação sexual, pois, essa mudança de perspectiva pode ser transformadora, tanto para a vida dos adolescentes quanto para seu meio social.

Desta forma, desenvolver temáticas e estratégias metodológicas nas aulas de biologia apresenta-se como uma alternativa, na ausência da abordagem direta sobre o tema nas aulas do ensino básico. Com isso, pretende-se sensibilizar o jovem ao conhecimento de sua própria sexualidade, sendo um processo contínuo e permanente de aprendizagem a fim de comportamentos saudáveis.

■ REFERÊNCIAS

1. AMÉRICO, C. F. Conhecimento de usuárias de anticoncepcional oral combinado de baixa dose sobre o método. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 21, n. 4, p. 1-7, 2013.
2. AMORIM A. M. M.; FREITAS L. M. Que temas sobre sexualidade mais interessam aos jovens e adultos? Análise em uma escola parceira do PIBID/UFPA What topics on sexuality are most popular with young people and adults? Analysis in a partnerschool of PIBID / Atas do IX Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências – IX ENPEC Águas de Lindóia, SP – 10 a 14 de Novembro de 2013 Educação em saúde e Educação em Ciências.
3. ALTMANN, H. Diversidade sexual e educação: desafios para a formação docente. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro: CLAM/UERJ, n. 13, p. 69-82, abr. 2013.
4. BASSOLS, A.M.; BONI R, P.F. Álcool, drogas e comportamento sexual de risco estão relacionados à infecção pelo HIV em adolescentes do sexo feminino. *Rev Bras Psiquiatria* 2010; 32(4): 361-8.
5. BARCELOS, N.; N. S.; JACOBUCCI, D. F. C. Estratégias didáticas de educação sexual na formação de professores de ciências e biologia. *Revista Eletrônica de Enseñanza de las Ciencias*, v. 10, n.2, p. 334–45, 2011. Disponível em: . Acesso em: 16 nov 2020
6. BRANCALEONI, A. P. L.; OLIVEIRA, R. R. Educação sexual na promoção do respeito à diversidade sexual e de gênero. *ELO Diálogos em Extensão*, v.5, n. 2, p. 57- 62, 2016.

7. CARVALHO, S.M.; PAES, G.O.; LEITE, J.L. Mulheres jovens e o processo do aborto clandestino: uma abordagem sociológica. *Rev Saúde Sexual e Reprodutiva*. 2011;52:1-18.
8. CHAVES, J.H.B, PESSINI L, BEZERRA A.F.S, REGO G, NUNES R. A interrupção da gravidez na adolescência: aspectos epidemiológicos numa maternidade pública no nordeste do Brasil. *Saúde Soc* 2012; 21(1):246-256
9. CORREIA, D.S.; CAVALCANTE, J.C.; EGITO EST, MAIA EMC. Prática do abortamento entre adolescentes: um estudo em dez escolas de Maceió (AL, Brasil). *Ciência Saúde Coletiva* 2011 Mai; 16 (5): 2469-2476. 4.
10. COSTA, M.M, ; M. DA; FREITAS, M. V. P.de GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ONDE ESTÃO OS PAIS? XV seminário Nacional Demandas Sociais e politicas publicas na sociedade contemporanea,2019 issn:2447 8229.
11. DIAS, F. L. Riscos e vulnerabilidades relacionados à sexualidade na adolescência. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 456-461, 2010.
12. DINIZ, D.; MEDEIROS M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):959-966.
13. DINIZ, D.;MEDEIROS,A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:653-60
14. FARIA E.C.R.; et al. Abortamento na adolescência: vivência e necessidades de cuidado. *Rev. Gaúcha Enferm*, v. 33, n.3, p. 20-26, 2012.
15. FERREIRA, C.L.; BRAGA, L.P.;MATA, A.N.S.; LEMOS,C.A.; MAIA, E.M.C. Repetição de gravidez na adolescência: estudos sobre a prática contraceptiva em adolescentes. *Estud. psiqui. psicol.* 2012 abr; 12(1):188-204.
16. FERREIRA, G.; ARAÚJO, C. W.; OLIVEIRA, K. A. Gênero, sexualidade e orientação sexual em Senhor do Bonfim /BA. *Revista Extendere*, vol. 02, n. 01, p. 166-176, 2014.
17. GONDIM, P. S.SOUTO, N. F.MOREIRA, C. B.CRUIZ, M. E.C.da; CAETANO, F. H.P.MONTE-SUMA, F.G.Acessibilidade dos adolescentes às fontes de informações sobre saúde sexual e reprodutiva. *Journal of Human Growth and Development*, São Paulo, v. 25, n.1, p. 50-53, 2015.
18. GONÇALVES, H; MACHADO, E.C ; GONÇALVES A.L. ;SOARES', CAMARGO- F.A. F.SEE-RIGI,L. M. ; MESENBURG, M. AGUTTIERM. ;, BARCELOS, R. S.BUFFARINI R. ;, FORMOSO,M. C.A. ; , Hallal,P.C. ; Baptista,A. M. M. início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde *REV BRAS EPIDEMIOL JAN- MAR* 2015; 18(1): 1-18
19. GONZALEZ, A. E.; MOLINA, G. T.; LUTTGES, D. C. Características e la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. *Revista Chilena de Obstrecia Gynecologica*, v. 80, n. 1, p. 24-32, 2015.
20. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR 2012. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2013
21. LARA, S.; SALGUIERO, A. C.F.; PUNTEL, R.; FOLMER V.. Trabalhando a interdisciplinaridade com o tema transversal saúde na formação inicial de estudantes do curso normal. *Revista Ciências & Ideias*. v. 6, n.2, p.116-134, jul/dez. 2015. Disponível em:Acesso em: 16 nov 2020

22. MACIEL, J. A. C.; ROCHA, S.; ALVES, J. G.; CARVALHO, Q. M.; BARBOSA, F. B.; TEIXEIRA, A. M. Sexualidade na adolescência: dialogando e construindo saberes através do pet saúde/ redes de atenção no município de Sobral – Ceará. *Sanare-Revista de Políticas Públicas*, v. 13, n. 01, p. 64-68, 2014.
23. MILANEZ, N. Gravidez indesejada e tentativa de aborto: práticas e contextos. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*. n. 22, p. 129-147, 2016.
24. MORAES, E. V. DE.; TOLEDO, O. R. DE.; DAVID, F. L. AVELINO, M. M.; CAMPOS, R.N. Gravidez na adolescência e aborto: Implicações da ausência de apoio familiar. *Adolesc. Saude*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 16-23, jul/set 2017
25. MOREIRA, B.L. R.; FOLMER, V. Percepções de professores de ciências e educação física acerca da educação sexual na escola. *Experiências em Ensino de Ciências* v.10, n. 3, 2015. Disponível em: . Acesso em: 16 nov 2020
26. NUNES, M .D, MADEIRO A, DINIZ D. Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2013; 18(8):2311-8.
27. PARCERO, S. M. J. Características do relacionamento entre a mulher e seu parceiro na ocorrência de gravidez não planejada. *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 31, n. 2, P. 1-11, 2017.
28. POERSCH, K. M.; KLIEMANN, B. C. K.; LIMA, B. G. T. Reflexões sobre o trabalho com sexualidade no Ensino Fundamental: desafios e possibilidades. *Revista Ensino, Saúde e Ambiente*, v. 8, n.02, p. 37- 49, 2015.
29. SOUZA Z. C.S.N, DINIZ N.M.F, COUTO T.M, GESTEIRA S.M.A. Trajetória de mulheres em situação de aborto provocado no discurso sobre clandestinidade *Acta Paul Enferm* 2010;23(6):732-6. 2010
30. SFAIR, S.C.; BITTAR, M.; LOPES, R.E.. Educação sexual para adolescentes e jovens: mapeando proposições oficiais. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 620-632, 2015.
31. SILVA, D. M..; Sexualidade na adolescência: um relato de experiência. *Revista de enfermagem UFPE online*, v. 7, n. 3, p. 820-823, 2013. . Acesso em 18 de jun. de 2018.
32. SCHIRO E. D .B, DIAS A.C .G, NEIVA.L, NIETO CJ, KOLLER SH. Características familiares y apoio percebido entre adolescentes brasileños com y sin experiência de embarazo. *Avances en Psicología Latinoamericana* 2012; 30(1):66-82. 14.
33. SILVA,G.S.LOURDES, L.A.de; BARROSO, K.de A.; GUEDES, H.M.Comportamento sexual de adolescentes escolares. *Revista Mineira de Enfermagem*, v.19, n.1, p. 154 – 160, 2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/993>. Acesso em: 15 nov .2020
34. SILVEIRA, A. da; Donaduzzi, J. ;C.; Pereira, A. D.; Neves, E.T. EDUCAÇÃO SEXUAL COM ADOLESCENTES: UMA ABORDAGEM DE PESQUISA PARTICIPATÓRIA NA ESCOLA. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE* . 1/1/2010, Vol. 4 Issue 1, p145-152. 8p.
35. SILVEIRA, P, MCCALLUM C, MENEZES G. Experiências de abortos provocados em clínicas privadas no Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública* 2016; 32:e00004815
36. TABORDA, J.A, SILVA F.C.D, ULBRICHT L, NEVES E.B. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. *Cad. Saúde Colet* 2014 mar; 22(1).

Registros fotográficos das gestantes: uma experiência exitosa entre a universidade e a atenção primária em saúde para o resgate da autoestima

| **Leticia Miranda Silva**
UFVJM

| **Bárbara Ribeiro Barbosa**
UFVJM

| **Daisy de Rezende Figueiredo Fernandes** | **Jessica Sabrina Costa**
UFVJM UFVJM

| **Ana Carolina Lanza Queiroz**
UFVJM

| **Eliene Pereira da Silva**
UFVJM

| **Helisamara Motta Guedes**
UFVJM

| **Liliane da Consolação Campos Ribeiro**
UFVJM

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência do projeto de extensão “Gestantes em foco: o resgate da autoestima”, desenvolvido pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, cujos objetivos contemplam o cuidado integral e acolhedor para com as gestantes, por meio da fotografia, e a integração entre ensino e serviço, no caso a Atenção Primária em Saúde, onde geralmente são realizados os acompanhamentos pré-natal. **Método:** Trata-se de um relato de experiência das vivências de docentes e discentes do curso de graduação em enfermagem integrantes do projeto, e das gestantes que dele participaram, no período entre maio de 2019 e maio de 2021. **Resultados:** Nos últimos dois anos o projeto contou com a participação de 69 gestantes, que não obtiveram apenas um registro fotográfico de sua gestação, mas também a oportunidade de participar de rodas de conversa e de inúmeros momentos (também lúdicos) voltados para a educação em saúde individual e coletivamente para esclarecimento de dúvidas e compartilhamento de sentimentos, desencadeando, assim um maior vínculo com os profissionais da equipe de saúde e o seu empoderamento como mulher e como mãe. **Conclusão:** O projeto proporcionou momentos de pertencimento e vínculo, levando as mulheres a sentirem-se acolhidas e com uma nova perspectiva acerca do ciclo gestacional e as alterações corporais, se sentindo, inclusive, mais bonitas, confiantes e mais próximas dos seus bebês.

Palavras-chave: Autoestima, Gestação, Práticas Educativas, pré-Natal, Saúde da Família.

■ INTRODUÇÃO

A gestação é um período único na vida da mulher, marcado por alegrias e realizações, e também por diversas alterações: psicológicas, físicas e sociais (CASTRO *et al.*, 2021). Este momento pode desencadear uma gama de (novos e ou antigos) sentimentos e sensações na mulher: amor, paixão, afeto, medos, insegurança e incertezas, entre outros. Por vezes, estas mudanças são influenciadas por experiências vivenciadas e ou compartilhadas por familiares, amigos e vizinhos, o que pode levar a desfechos positivos ou negativos, a depender de sua repercussão na gestante (MALUMBRES; BARRETO, 2016).

Dentre as alterações advindas da gestação, tem-se por exemplo, a questão da aparência física, em consequência das mudanças na imagem corporal destas mulheres. Não raro, certas modificações podem gerar pensamentos negativos e baixa autoestima, vez que o corpo que gesta passa a não se enquadrar ao atual padrão físico imposto pela sociedade (DIAS *et al.*, 2021; FERRAZ *et al.*, 2021).

De acordo com Oliveira (2018), um pré-natal realizado com base no cuidado humanizado, centrado na mulher e na promoção de sua saúde, pode favorecer sobremaneira que a fase gestacional seja encarada de maneira mais tranquila, ao permitir o esclarecimento de dúvidas e orientações (cientificamente embasadas) acerca as alterações nela previstas. Gaíva *et al.* (2018) enfatizam a importância de não se focar apenas em consultas e solicitações de exames, mas pautar a atuação na formação de vínculos entre a usuária e a equipe de saúde.

Ademais, conforme apontam Dias *et al.* (2021), o incentivo à participação e apoio da família e o desenvolvimento de ações lúdicas e educativas de saúde que enalteçam o amor próprio e a necessidade do auto cuidado são importantes tanto para a mulher como para o bebê. Para Santana *et al.* (2019), as ações lúdicas, como a pintura na barriga e os registros fotográficos podem proporcionar emoções positivas à gestante e sua manutenção – e não apenas um bem-estar momentâneo - influenciando diretamente no elo entre a mãe e o feto, e também nas relações entre a gestante e os profissionais de saúde que atuam no serviço de atenção primária onde o pré-natal é realizado (SANTANA *et al.*, 2019).

Diante do exposto, objetivou-se com o presente estudo relatar a experiência do projeto de extensão “Gestantes em foco: o resgate da autoestima”, cujos objetivos contemplam o cuidado integral e acolhedor para com as gestantes, por meio da fotografia, e a integração entre ensino e serviço, no caso a Atenção Primária em Saúde, onde geralmente são realizados os acompanhamentos pré-natal.

■ MÉTODO

Esse relato advém da experiência do Projeto de Extensão intitulado “Gestante em foco: o resgate da autoestima,” desenvolvido pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), que tem como objetivo desenvolver ações lúdicas e educativas em saúde com vistas ao cuidado integral e acolhedor às gestantes atendidas pela Atenção Primária em Saúde, de municípios situados no Vale do Jequitinhonha – Minas Gerais. Trata-se de um relato de experiência das vivências de docentes e discentes do curso de graduação em Enfermagem integrantes do Projeto, e de gestantes que dele participaram, no período entre maio de 2019 e maio de 2021. Estão agregadas ao relato algumas informações sócio demográficas coletadas junto às gestantes participantes. Este Projeto foi financiado pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Extensão Universitária (PIBEX) da UFVJM.

Durante os anos de 2019 e 2021, o Projeto Gestante em Foco foi desenvolvido em sete municípios do estado de Minas Gerais, sendo eles: Diamantina, Carbonita, Datas, São Gonçalo do Rio Preto, Couto de Magalhães de Minas, Presidente Kubitscheck e Capelinha.

Primeiramente, para sua operacionalização, o projeto era apresentado às equipes do serviço de saúde pelos estagiários (acadêmicos do curso de enfermagem). A seguir, as atividades eram planejadas e implementadas, contando com o apoio dos docentes do curso de enfermagem, profissionais do serviço, discentes de outros cursos de graduação, como medicina, odontologia, fisioterapia e educação física. Também foram parceiros no processo, as prefeituras municipais e alguns prestadores de serviço locais (pousadas, restaurantes, entre outros – que serviriam de cenário para o ensaio fotográfico, cabeleireiros e maquiadores voluntários, etc.).

Dessa maneira, pode-se afirmar que o *modus operandi* para a sua realização sempre foi bastante parecido: após a etapa de planejamento e organização, entregava-se um convite (por escrito) às gestantes - pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) – convidando-as para participarem de uma reunião com dia, local e horário estabelecidos. No dia programado os objetivos e propostas do projeto eram apresentados. As interessadas assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Autorização de Uso da Imagem, em duas vias, ficando um com a docente responsável pelo projeto e outra para a gestante.

Nesta mesma reunião, as gestantes eram também convidadas para participarem de encontros mensais – realizados nas Unidades Básicas de Saúde – para rodas de conversa. Intervenções de salas de espera, desenvolvidas no período em que as gestantes e seus acompanhantes aguardavam por diferentes atendimentos (exames pré-natais, consultas de rotina, entre outros) também foram executadas. Temas variados foram abordados nos diferentes momentos, como: autoestima, valorização da mulher, e evolução da gravidez,

parto e puerpério e o incentivo ao pré-natal, dentre outras consideradas importantes pelos participantes. Durante os encontros também foram discutidas estratégias para que as gestantes se sentissem bonitas e à vontade para interagir e expor suas angustias, medos e expectativas. As trocas de saberes e opiniões entre as participantes sempre foi bastante incentivada, assim como o esclarecimento de dúvidas e o entendimento maior das modificações corporais inerentes ao ciclo gravídico.

Pelo fato dos atendimentos médicos, em alguns municípios, acontecerem por ordem de chegada, havia um impasse das gestantes não estarem disponíveis para o encontro com o grupo. Não foi possível realizar todas as atividades com os mesmos grupos de gestantes, sendo assim, alguns grupos participaram somente das reuniões e outros somente das salas de espera. Em alguns momentos, as atividades da sala de espera se davam com o deslocamento da equipe até a gestante, levando os materiais que seriam utilizados para auxiliar no desenvolvimento da ação; e a repetição das orientações sempre que necessário.

Na figura 1 são apresentados alguns registros fotográficos do arquivo pessoal do projeto.

Figura 1. Registros fotográficos de algumas gestantes integrantes do projeto Gestante em foco: o resgate da autoestima.



Fonte: arquivo pessoal do projeto.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com Ferraz *et al.* (2021), durante o ciclo gestacional as mulheres sofrem alterações na imagem corporal que trazem impactos na qualidade de vida e no bem-estar tanto físico como emocional. No entanto, após a realização dos encontros mensais, rodas de conversa e atividades em sala de espera – foi comum perceber nos diferentes cenários onde o projeto foi realizado – que as alterações no corpo passaram a ser vistas como algo bonito pelas participantes.

Com a consolidação dos vínculos, agendavam-se as sessões fotográficas. Geralmente, essas ocorriam em grupos constituídos por seis a dez gestantes, em diferentes etapas do ciclo gravídico. Essa diversidade de corpos e estágios gravídicos também se mostrava bastante benéfica para o grupo. As mulheres se maquiavam, vestiam-se especialmente para o momento, convidavam parceiros e filhos mais velhos para o momento. Contudo, em alguns momentos foram relatados - durante as sessões fotográficas - sentimentos, como insegurança, medo, autoestima baixa, a não valorização do corpo no período gestacional e pouca vontade de se cuidar e experimentar as mudanças relacionadas à gestação de um bebê, reafirmando – nesse contexto - a necessidade do acompanhamento profissional para esclarecimentos de todo processo gravídico, esclarecendo dúvidas e angústias, e a ajudando a aceitar o seu novo eu (FERRAZ *et al.*, 2021).

Nesses momentos, buscava-se enaltecer sua beleza, na tentativa de possibilitar o aumento da autoestima, sua valorização como mãe e também como mulher. Conforme apontam Santana *et al.* (2019), momentos como esses geram impactos positivos, e apontam para novas abordagens e maneiras de se educar em saúde, promovendo o bem estar, o maior contato entre mãe e bebê e, ainda registrar momentos cheios de emoções.

Na entrega das fotos, as gestantes pareciam surpresas e satisfeitas, expressando felicidade no olhar. É como se aprendessem a se valorizar como uma mãe que nasce e uma mulher que são. Cabe destacar que as imagens mostraram a realidade, a real história e beleza de cada uma, possibilitando ainda um maior vínculo entre os profissionais de saúde e a gestante. Dois livros foram elaborados pela equipe do Projeto sendo também entregues para as gestantes: um sobre a importância das vacinas para as crianças e outro sobre o cuidado da família e da criança.

Importante mencionar que nos dois anos de realização do projeto foram beneficiadas 69 gestantes. Destas, 52,17% tinham mais de um filho, 37,68% tinham a idade de 26 a 33 anos, 46,37% possuía ensino médio completo. A maior parte (79,71%) não possuía plano de saúde. Em relação ao local de realização do pré-natal, 75,36% relataram realizar na Unidade Básica de Saúde, e afirmaram preferir o tipo de parto normal (73,91%), caso pudessem

optar. Do total de gestantes contempladas neste período, 85,50% participavam do projeto gestante em foco pela primeira vez.

■ CONCLUSÃO

Essa experiência trouxe benefícios às gestantes, discentes, docentes e profissionais de saúde que dele participaram, por meio de uma abordagem diferenciada, lúdica e emocionante - oferecendo novas informações e promovendo a saúde, de forma individual e coletiva. Constatou-se, por exemplo, que nos locais onde foi realizado ocorreu o aumento no número de pré-natais realizados pelas gestantes.

O Projeto proporcionou momentos de pertencimento e vínculo e, a partir dessa experiência acredita-se que as mulheres se sentiram acolhidas e com uma nova perspectiva acerca do ciclo gestacional e as alterações corporais, se sentindo, inclusive, mais bonitas, mais confiantes e mais próximas dos seus bebês.

■ REFERÊNCIAS

1. CASTRO, G. A. P.; SOUZA, A. L.; SALIN, A. B. Acadêmicas de enfermagem frente as práticas educativas com gestantes: relato de experiência. **REAS**, Brasil, v. 13, n. 4, p. e7061, abr. 2021.
2. DIAS, G. L. et al. Aspectos sociais e biológicos da autoestima na gravidez e a assistência de enfermagem: revisão narrativa. **REAEnf**, Brasil, v. 11, p. e5320, abr. 2021.
3. FERRAZ, B. A.; MASOTTI, C. G.; BENETTI, F. A.; ESTEVÃO, A.; CASTIGLIONE, M. Autoimagem e percepção corporal durante o período gestacional: Existe influência do exercício físico? Revisão integrativa. **RBSH**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 39-49, 2021.
4. GAÍVA, M. A. M.; PALMEIRA, E. W. M.; MUFATO, L. F. Women's perception of prenatal and delivery care in cases of neonatal death. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, p. e20170018, 2017.
5. MALUMBRES, P. C.; BARRETO, I. C. D. H. C. Grupo de gestantes: o relato de uma experiência. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 47-63, 2016.
6. OLIVEIRA, S. C. D. **A humanização da assistência de enfermagem durante o pré-natal: relato de experiência**. 2018. 24 p. Monografia (Especialização em saúde da família/gestão em saúde) - Curso de pós-graduação lato sensu em saúde da família, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro- Brasileira, São Francisco do Conde, 2018.
7. SANTANA, L. C.; OLIVEIRA, I. P.; CUNHA, A. Pintura de barriga e ensaio fotográfico em gestantes na estratégia saúde da família: um relato de experiência. **Braz. Ap. Sci. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 6, p. 2667-2673, nov/dez. 2019.

Gravidez Ectópica Rota com antecedente de Laqueadura Tubária: relato de caso

- | Alessandra Renata Felipe
- | Djaiany Luz Viana
- | Denise Soares de Alcântara
- | Loren Kelly Vieira da Silva
- | Eduardo Henrique Alcântara da Silva

RESUMO

Introdução: Gravidez ectópica é aquela que se desenvolve fora da cavidade endometrial e é uma das complicações mais comuns do primeiro trimestre da gravidez. **Objetivo:** Relatar um caso de gravidez ectópica rota após Laqueadura Tubária. **Metodologia:** Relatou-se um caso de gravidez ectópica tubária em uma paciente de 39 anos atendida em um hospital público ao sul do Tocantins. **Relato de Caso:** A paciente deu entrada no serviço de emergência do hospital com quadro de dor abdominopélvica e sangramento transvaginal. Realizou exame de β -HCG e tomografia de abdome total confirmando diagnóstico de gravidez tubária rota. Foi submetida à laparotomia exploratória sem intercorrências, com alta hospitalar no segundo dia pós-operatório. A paciente recebeu orientação para acompanhamento médico por dois meses para tratar de anemia. **Considerações Finais:** É importante considerar que qualquer mulher em idade reprodutiva, com presença de dor abdominal inferior e sangramento vaginal, possa ser um caso de gravidez ectópica.

Palavras-chave: Gravidez Ectópica. Laqueadura.

■ INTRODUÇÃO

A gravidez ectópica (GE) é a implantação do blastocisto fora da cavidade uterina, representa a primeira causa de morte materna no primeiro trimestre da gestação e a segunda causa de mortalidade materna^{1,2,3}.

Mais de 95% de todas as GE são tubárias. As mulheres com essa patologia de localização tubária (GET), além de apresentarem um índice aumentado na taxa de infertilidade, também têm um risco aumentado para GET em gestações futuras².

Os fatores de risco associados a GE mais observados na literatura são: GE prévia, história de cirurgia tubária, tabagismo, uso de dispositivo intrauterino (DIU), história de abortos espontâneos, endometriose, laqueadura prévia, anticoncepção de emergência, infertilidade feminina, anomalias congênitas do útero, história de doença inflamatória pélvica (DIP), raça, história de infecções sexualmente transmissíveis (DST's) e múltiplos parceiros sexuais⁵.

Diante da diversidade de fatores de risco e dificuldade de se estabelecer esses riscos em diferentes populações, o diagnóstico de GE segundo a literatura tem se embasado especialmente na associação da ultrassonografia transvaginal e dosagem do β -HCG gonadotrofina coriônica humana como método de diagnóstico desta enfermidade⁶. Na abordagem diagnóstica há de se considerar que a gravidez ectópica tem se comportado de maneira diferenciada nas últimas décadas, o que muda de maneira drástica seu diagnóstico, o qual antes era feito baseado na presença de choque hemorrágico por ruptura da GE, agora já tem sido feito por um quadro de sintomas não específicos, que ocorrem antes da ruptura⁶.

Apesar do diagnóstico precoceter diminuído a mortalidade por GE ao longo das últimas décadas, nos Estados Unidos ainda são responsáveis por 9% das hemorragias maternas no primeiro trimestre de gravidez e no Brasil a mortalidade está inserida entre as causas hemorrágicas⁷.

Casos de gravidez ectópica diagnosticados antes da ruptura tubária, podem ser tratados por condutas conservadoras, como a laparoscopia com salpingostomia, o tratamento medicamentoso com Metrotexato (MTX) e a conduta expectante⁶.

A cirurgia laparoscópica é o tratamento de primeira escolha nos casos de GE, no entanto quando a paciente tem intenção de engravidar surgem controvérsias entre a cirurgia radical (salpingectomia) e a cirurgia conservadora (salpingostomia)⁸.

Por serem incomum as descrições de gravidez ectópica após laqueadura, objetiva-se neste artigo atentar profissionais de saúde para esta suspeita diagnóstica, por vezes pouco lembrada no cotidiano.

■ MATERIAIS E MÉTODOS

Os dados contidos neste caso clínico foram obtidos através de entrevista, com uma das autoras do presente relato e exames da mesma, após autorização prévia desta. Utilizou-se registro fotográfico dos métodos diagnósticos, aos quais a paciente foi submetida e revisão de literatura.

■ DESENVOLVIMENTO

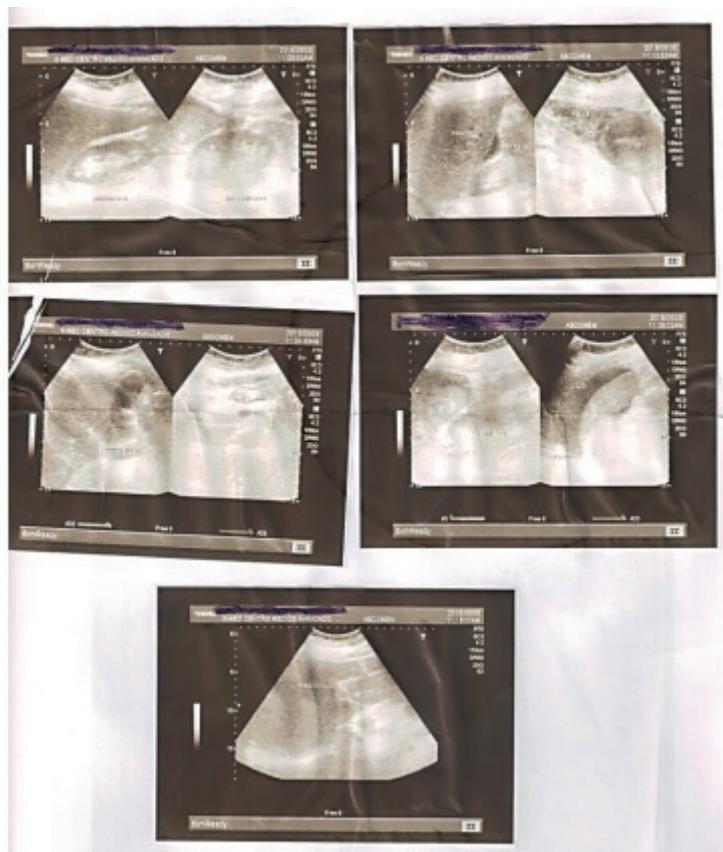
Paciente de 39 anos, branca, Gesta 3, Para 2, com história negativa para Doença Inflamatória Pélvica (DIP), submetida a laqueadura há 11 anos atrás, procurou a urgência de um hospital particular relatando dor abdominopélvica e sangramento transvaginal com perda de “uma pele negra, semelhante a uma massa”. Esclareceu que a dor havia se iniciado há dois dias atrás, onde a mesma procurou o serviço de saúde em sua cidade de domicílio (Figueirópolis-TO), sendo medicada com analgésico e encaminhada de volta para casa. Relata que como a dor se intensificou muito, decidiu buscar um serviço particular. Foi hospitalizada imediatamente, onde permaneceu por dois dias sendo submetida a vários exames laboratoriais, ultrassonografia de abdômen total, pélvica e transvaginal, Radiografia do tórax e abdômen. Foi medicada com analgésicos para o alívio da dor. Os achados na ultrassonografia de abdômen total revelaram pequena coleção líquida em retrocavidade dos epiplons, pelve e fundo de saco, o que resultou na hipótese diagnóstica de líquido livre em abdômen, em maior quantidade a esquerda, cauda de pâncreas não visualizada, restante do abdome sem alterações (como consta Fig. 1).

Diante dos resultados da Ultrassonografia o médico que conduzia o caso, informou a paciente que ficaria mais alguns dias hospitalizada afim de esclarecer o diagnóstico. No terceiro dia de internação, por falta de recursos financeiros, a paciente solicitou e foi transferida para um hospital público. Quando admitida na emergência do Hospital Público apresentava náuseas sem vômitos, dor em região epigástrica e baixo ventre, limitando a deambulação.

Ao exame físico, abdômen sem sinais de irritação peritoneal, Blumberg negativo. Sangramento vaginal persistia em pequena quantidade. Coletou amostra de sangue para exame de β -HCG e foi encaminhada para tomografia de abdômen total, sendo diagnosticada com gravidez ectópica. A partir do diagnóstico, a paciente foi imediatamente encaminhada para o centro cirúrgico sendo submetida à laparotomia exploradora, encontrado tuba uterina rota a esquerda com material embrionário em seu interior. Foi realizada salpingectomia à esquerda, limpeza e aspiração da cavidade abdominal que continha sangue em pouca quantidade. Não houve intercorrências cirúrgicas, não foi necessária reposição de hemoderivados. O material cirúrgico foi enviado para exame histopatológico, confirmando

prenhez tubária rota. A paciente recebeu alta no segundo dia pós-operatório, sendo necessário acompanhamento por dois meses, devido presença de anemia a qual foi tratada com Sulfato Ferroso.

Figura 1. (Ultrassonografia).



A prenhez ectópica é definida como a implantação do óvulo fertilizado em qualquer lugar diferente de sua localização endometrial. É uma séria emergência ginecológica considerada como entidade hemorrágica grave. Vários são os fatores de risco associados a GE. A cirurgia tubária prévia é considerada um importante fator de risco. No caso em questão, o antecedente de laqueadura se apresenta como fator de risco evidente, considerando que a paciente havia sido submetida a esta intervenção há 11 anos atrás.

É primordial avaliar todas as mulheres que apresentem queixas de dor importante e sangramento, após um longo período de amenorreia, pois tem grande probabilidade para diagnóstico de GE⁹.

A tríade clássica para uma GE é dor abdominal, ausência de menstruação e hemorragia vaginal embora só está presente em cerca de 50% das mulheres com esta condição⁹.

A GE pode ter poucos ou vários sintomas, porém, em alguns casos, pode ser assintomática; condição de evolução insidiosa, faz com que poucas mulheres busquem tratamento, acarretando muitos danos nas trompas de falópio. Esses danos podem ser parciais ou totais, e ter como sequelas a esterilidade definitiva ou dor pélvica crônica¹⁰.

As manifestações clínicas apresentadas pela paciente direcionavam o diagnóstico como um caso GE, porém sua confirmação foi tardia, o fato da paciente ser laqueada mascarou o diagnóstico. Nos últimos anos, a melhora nos métodos diagnósticos, especialmente a associação das ultrassonografias transvaginais com a dosagem da subunidade β -HCG da gonadotrofina coriônica humana, tem proporcionado o diagnóstico de forma satisfatória desta condição⁶.

No presente relato, quando a gravidez ectópica foi diagnosticada, a tuba já se encontrava rota. A gravidez ectópica rota possui alta incidência em nosso meio, justificada pelo fato do diagnóstico não ser feito precocemente em razão da procura tardia das pacientes aos serviços de urgência, ou por ausência de recursos laboratoriais nos serviços públicos, ou mesmo quando estes estão disponíveis, mas os médicos não os utilizam de maneira adequada^{5,6}.

O diagnóstico precoce possibilita a adoção de medidas terapêuticas tanto clínicas (Metotrexato) quanto cirúrgicas (cirurgia laparoscópica) conservando tanto a vida como a fertilidade das pacientes¹¹.

O diagnóstico impreciso ou tardio pode comprometer a fertilidade da mulher ou até mesmo levá-la a um prognóstico ruim. O diagnóstico tardio delonga o tratamento cirúrgico predispondo a perda da trompa ou do anexo, eleva o tempo de internação e aumenta a chance de complicações como anemia, acarretando hemotransfusões¹³.

A gravidez ectópica não deve ser desconsiderada em mulheres submetidas a laqueadura tubária, especialmente se dois ou mais anos se passaram desde a esterilização¹⁴.

O prognóstico materno depende de fatores como diagnóstico precoce, a necessidade de transfusão sanguínea¹².

O desfecho deste caso, embora a paciente tenha sido submetida a cirurgia de urgência e posteriormente recebido tratamento para anemia, foi bem-sucedido. Mas não exime o alerta para o aprimoramento de estratégias de diagnóstico precoce de GE a fim de melhorar a assistência de atendimento dessas mulheres, e evitar danos que causam a infertilidade.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que mulheres em idade reprodutiva com sinais e sintomas de dor em abdome inferior ou sangramento vaginal, deve ter suspeita de diagnóstico de GE. O diagnóstico precoce pode evitar complicações e até a morte. No caso em questão, o diagnóstico foi prejudicado pelo fato da paciente ser laqueada, o que afastou a possibilidade de uma hipótese de gravidez. Os médicos devem estar atentos de que gravidezes e podem ocorrer mesmo em mulheres laqueadas.

■ REFERÊNCIAS

1. Andersen, ANO, et al. Maternal age and fetal loss: Population Based Register Linkage study. 2000; 1708- 1712.
2. Shao R. Understanding the mechanisms of human tubal ectopic pregnancies: New evidence from knockout mouse models. Human reproduction, Gothenburg. 2009; 25 (3): 584-587.
3. Sivalingam VN. et al. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. UKPMC Funders Group, Edinburgh. 2011; 231-240.
4. Fernandez H, Gervaise A. Ectopic pregnancies after infertility treatment: Modern diagnosis and therapeutic strategy. Hum Reprod Update. 2004; 10 (6): 503-513.
5. Lin EP. et al. Diagnostic clues to Ectopic Pregnancy, Radio Graphics. 2008;(28): 1661-1671.
6. Soares RC, Elito Junior J, Camano L. Relação entre a espessura endometrial e os níveis do beta-hCG com resposta ao tratamento da Gravidez Ectópica com Metotrexato. RBGO. 2004; (26): 471-475.
7. Fernandes, MAS. et al. Prevalência de Gestação Ectópica de Tratamento Cirúrgico em Hospital Público de 1995-2000. Rev. Assoc. Med. Bras. 2004; 50 (4): 413-416.
8. Silva PD, Schaper AM, Rooney B. Reproductive Outcome After 143 Paparoscopic Procedures for Ectopic Pregnancy. Obstet Gynecol. 1993; 81: 710-715.
9. Michael Sheele J, Sheele JM, Rachel B, Counselman FL. A Ruptured Ectopic Pregnancy Present In with a Negative Urine Pregnancy Test. Case Rep EmergMed 2016; 1-3.
10. Marques, CAS, Menezes, MLB. Infecção Genital por Chlamydia Trachomatis e Esterilidade. Dst – J. Brás. Doenças Sex. Transm, 2005; 66-70.
11. Elito Junior J, Uchiyama, MN, Camano I. Gravidez Ectópica Cervical com Embrião Vivo: Relato de quatro caso. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., 1999; 347-350.
12. Pereira PP. Qual é a Melhor Conduta na Prenhez Ectópica? Ver. Assoc. Med. Br; 2001; 180.
13. Chaves Neto H. Obstetrícia Básica. São Paulo: Atheneu, 2005.
14. Shan JP, Parulekar SV, Hinduísia IN. Gravidez Ectópica após esterilização tubária. J. Postgrad Med. 1991 Jan; 37 (1): 17-20.

Métodos não farmacológicos de controlo da dor no trabalho de parto: revisão narrativa de literatura

- | Joana Isabel Relvas Cota Mira
- | Rita Alexandra Barroso Quito
- | Ana Filipa Lérias Ferreira Campeão
- | Tânia Sofia Metrogos Molero
- | Raquel Alexandra Celestino Hipólito
- | Ana Maria Aguiar Frias

RESUMO

O parto é um momento único e marcante na vida de uma mulher, sendo muitas vezes associado a dor, mitos e medos. O objetivo desta revisão narrativa de literatura é perceber quais os métodos não farmacológicos que existem e são mais usuais para controlar a dor no trabalho de parto. Foi realizada pesquisa nas bases de dados *Pubmed* e *Scielo*. Após definidos os Palavras-chave e os critérios de inclusão, foram selecionados sete artigos que constituem a amostra final desta revisão. Conclui-se que a utilização de métodos não farmacológicos promove o alívio da dor no trabalho de parto e também uma maior sensação de controlo por parte da mulher.

Palavras-chave: Dor do Parto, Terapias Complementares, Parto.

■ INTRODUÇÃO

O parto é um momento único e marcante na vida de uma família, em especial na vida de uma mulher, representando um processo complexo na sua dimensão biopsicossocial (PEREIRA, 2016). O momento do parto é, para muitas mulheres, um momento associado a dor, mitos e medos que, por si só, já o tornam mais difícil. Este processo de medo, ansiedade e dor contribuem para prejudicar o desenvolvimento do trabalho de parto (FRIAS; SOUSA; FERREIRA, 2020; PEREIRA, 2016).

A dor do trabalho de parto é individualizada para cada mulher, relacionando-se com aspetos físicos, psicológicos, culturais e sociais, sendo por isso multidimensional. Se a mulher se encontra com medo e ansiosa, estes fatores vão levar a que haja uma reação ao nível do sistema nervoso simpático, originando consequentemente uma tensão nos ligamentos redondos do útero e rigidez a nível cervical, havendo assim um aumento da dor. No primeiro estadio do trabalho de parto, a dor surge devido às contrações uterinas, à dilatação do colo do útero e à distensão do segmento inferior do útero. Com o avançar do trabalho de parto, há uma extensão e intensificação da dor até à região infraumbilical, lombar e sagrada, sendo que no segundo estadio surge uma dor mais intensa e localizada a nível perineal, associada à sua distensão pela compressão e consequente saída do feto. No terceiro e quarto estadios, a dor relaciona-se com a dequitação e com a involução uterina (GUERRA, 2016; PEDRO; OLIVEIRA, 2016).

É fundamental que o Enfermeiro de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) esteja presente no momento do trabalho de parto e acolha a mulher neste momento tão importante da sua vida. Deve transmitir confiança, tranquilidade, empatia, respeitar e ouvir as queixas da parturiente, de forma a poder atuar no sentido de lhe proporcionar uma experiência o mais positiva possível.

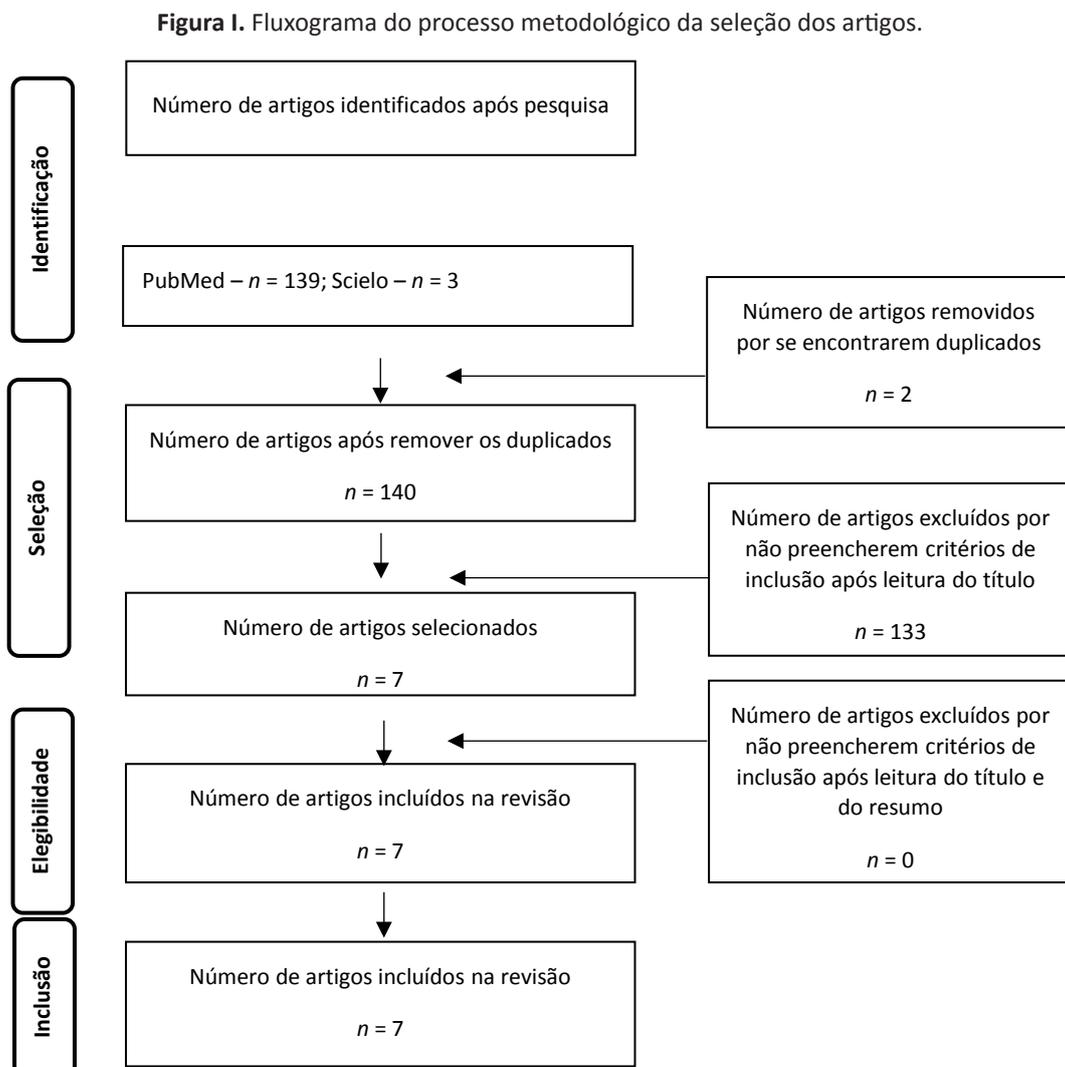
O controlo da dor do trabalho de parto é de extrema importância para a parturiente e acompanhante, promovendo tranquilidade para que possam aproveitar ao máximo este momento. Para promover este controlo, existem atualmente métodos farmacológicos e não farmacológicos (FERREIRA, 2016; FRIAS; SOUSA; FERREIRA, 2021).

Com o objetivo de se perceber quais os métodos não farmacológicos que existem e são mais usuais para controlar a dor no trabalho de parto, surge a presente revisão narrativa de literatura, que consiste num método de inclusão de estudos recentes que permite a identificação dos estudos realizados até ao momento, permitindo a consolidação, para a construção de trabalhos posteriores (SOUSA *et al.*, 2018).

■ METODOLOGIA

A metodologia utilizada teve por base as seguintes etapas: escolha do tema para a revisão; pesquisa na literatura, seleção/recolha, leitura e análise da literatura e redação da revisão (SOUSA *et al.*, 2018). A pesquisa foi realizada entre março e maio de 2021, com pesquisa nas bases de dados *Pubmed* e *Scielo*. Foram utilizados os descritores “Pain labor”; “Complementary therapies” e “Delivery, obstetric” com o operador booleano “AND”. No total, foram encontrados 142 artigos.

Como critérios de inclusão foram definidos os seguintes: artigos no idioma português ou inglês; artigos disponíveis na íntegra. Dos 142 artigos encontrados, foram descartados 135 por se encontrarem duplicados ou por não preencherem os critérios de inclusão após a leitura do título e resumo. Finalizada a pesquisa, restam sete artigos que constituem a amostra final. Na figura 1 encontra-se o fluxograma correspondente ao processo metodológico.



Fonte: Elaborado pelos autores.

■ RESULTADOS

A análise dos resultados ocorreu a partir da organização na tabela 1, correspondente ao resumo da análise dos sete artigos selecionados:

Tabela 1. Apresentação da análise dos artigos.

Autores/ Ano	Título do artigo	Objetivo	Principais resultados
Ferraz, Rodrigues, Lima, Lima, Maia, Neto, Omodei, Molina, Dib, Rudge (2017)	O ReiKi ou a oração são efetivos no alívio da dor durante a internação da cesariana? Uma revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados	Perceber se o ReiKi ou a meditação são eficazes no alívio da dor durante a cesariana.	Apesar de dados limitados, o ReiKi, comparado com outro grupo avaliado no estudo, foi o que apresentou uma redução no alívio da dor.
Fukunaga, Morof, Blanton, Ruiz, Maro, Serbanescu (2020)	Factors associated with local herb use during pregnancy and labor among women in Kigoma region, Tanzania, 2014-2016	Perceber quais os fatores e características das mulheres que utilizam ervas locais durante a gravidez e/ou parto, e as associações entre o uso de ervas locais e complicações no pós-natais em Kigoma, Tanzânia.	Cerca de uma em cada dez mulheres em Kigoma utilizaram ervas locais durante a sua mais recente gravidez e/ou parto e tiveram um elevado risco de complicações pós-natais. Os profissionais de saúde podem considerar o rastreio de mulheres grávidas para uso de ervas durante os cuidados pré-natais e do parto, bem como fornecer informações sobre quaisquer riscos conhecidos de complicações do uso das mesmas.
Levett, Smith, Bensoussan, Dahlen (2016)	Complementary therapies for labour and birth study: a randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour	Perceber qual o efeito de um programa de educação pré-natal, e quais os cuidados para as mulheres nulíparas no uso da epidural intraparto.	O programa de educação pré-natal, juntamente com as técnicas de medicina complementares são eficazes para controlar a dor nas mulheres, o que fez com o uso da epidural intraparto diminuísse significativamente.
Silva, Lara (2018)	Use of the shower aspersion combined with the swiss ball as a method of pain relief in the active labor stage	Perceber qual a eficácia da associação do banho de aspensão e da bola suíça no alívio da dor na fase ativa do trabalho de parto.	A associação das terapêuticas do banho de aspensão e da bola suíça mostrou-se mais eficaz que o uso isolado, potencializando o alívio da dor quando aplicadas na fase ativa do trabalho de parto, melhorando a progressão, diminuindo a duração e estimulando o parto normal.
Smith, Levett, Collins, Crowther (2018)	Relaxation techniques for pain management in labour	Perceber o efeito das terapias complementares representadas pelas técnicas de relaxamento no alívio da dor nas diferentes fases do trabalho de parto e na experiência de trabalho de parto das mulheres.	Apesar de dados limitados, técnicas de relaxamento, musicoterapia e yoga poderão contribuir para um menor nível de dor durante o trabalho de parto, contribuindo ainda para uma maior sensação de controlo da mulher relativamente à sua experiência de trabalho de parto.
Wadhwa, Alghadir, Iqbal (2020)	Effect of Antenatal Exercises, Including Yoga, on the Course of Labor, Delivery and Pregnancy: A Retrospective Study	Avaliar o efeito da prática de exercícios pré-natais, como o Yoga, no decorrer do trabalho de parto, parto e puerpério.	O estudo concluiu que a prática de exercícios pré-natais de forma regular, como a prática de Yoga, resulta em melhores resultados durante a gravidez e no trabalho de parto. Os resultados indicam também que as grávidas devem ser ativas durante a gravidez, sempre que não haja contraindicações.
Werner, Wu, Zachariae, Nohr, Uldbjerg, Hansen (2020)	Effects of antenatal hypnosis on maternal salivary cortisol during childbirth and six weeks postpartum- A randomized controlled trial	Perceber se a hipnose pré-natal contribui positiva ou negativamente para o stress e controlo da dor no trabalho de parto.	A hipnose pré-natal poderá aumentar a libertação de cortisol, o que consequentemente irá elevar os níveis de stress e dor durante o trabalho de parto.

Fonte. Elaborado pelos autores.

■ DISCUSSÃO

Terapias complementares para o trabalho de parto

O trabalho de parto apresenta um desafio fisiológico e psicológico para as mulheres. À medida que este se torna mais iminente, pode apresentar-se como um momento de emoções conflituosas em que o medo e a apreensão balançam com a excitação e a felicidade. A dor que se encontra associada ao trabalho de parto tem sido descrita como uma das formas mais intensas de dor que se pode experienciar (SMITH *et al.*, 2018).

Efetivamente a dor, durante o trabalho de parto, é uma resposta fisiológica, complexa, subjetiva e multidimensional aos estímulos sensoriais gerados, principalmente, pela contração uterina, tendo como outras causas fisiológicas a hipoxia da musculatura uterina, o estiramento cervical, vaginal e perineal durante o período expulsivo, o stress (níveis aumentados de glicocorticóides e catecolaminas) e o limiar baixo de tolerância à dor (baixos níveis de endorfina, fadiga e doença) (ALMEIDA *et al.*, 2005).

Smith *et al.* (2018) descrevem as várias fases do parto, enumerando a fase latente, que corresponde à parte inicial do trabalho de parto onde há contrações irregulares e pouca dilatação cervical, a fase ativa da primeira fase do trabalho de parto que consiste em contrações regulares, fortes e de frequência crescente, ocorrendo uma dilatação cervical que vai até aos 4cm a 6cm até à dilatação completa com 10cm e a segunda fase do trabalho de parto que começa, então, a partir de dilatação cervical total até ao nascimento do bebé e a terceira fase de envolve a expulsão da placenta – dequitação. (SMITH *et al.*, 2018).

Existem várias filosofias relativamente ao controlo da dor sentida nas fases supracitadas, que envolvem a utilização de estratégias para quebrar o que tem sido descrito como o ciclo medo-tensão-dor, em que o medo e a ansiedade podem produzir tensão muscular, resultando isso num aumento da perceção da dor, sendo que para alguns estudiosos, quando a dor é abolida a ansiedade também é aliviada (ALMEIDA *et al.*, 2005; SMITH *et al.*, 2018).

Segundo Smith *et al.* (2018) tanto a dor como a perceção desta podem ser influenciadas por experiências passadas, fatores culturais, estado emocional, fatores cognitivos ou intelectuais, regulação do *stress* e sistema imunitário, bem como *input* sensorial imediato. Argumentam os autores que a gestão eficaz e satisfatória da dor deve ser individualizada para cada mulher, podendo ser influenciada por dois paradigmas, o paradigma de sentir alguma dor e lidar com ela, ou o paradigma de aliviar parcial ou totalmente a dor. O primeiro inclui a crença de que existem benefícios a longo prazo para a promoção do parto normal, e que a dor desempenha um papel importante neste processo. Esta abordagem do trabalho de parto com dor apoia e encoraja as mulheres, advoga a utilização de intervenções como a imersão na água, posições confortáveis e técnicas de autoajuda para permitir às mulheres

lidar melhor com as dores de parto normais e expectáveis. Já o paradigma do alívio da dor é caracterizado pela crença de que nenhuma mulher precisa de suportar a dor no parto sendo-lhes oferecida uma variedade de métodos farmacológicos ou não para o alívio da mesma.

Muitas mulheres preferem evitar métodos farmacológicos ou invasivos de gestão da dor no trabalho de parto como a epidural, tendo isto vindo a contribuir para a popularidade de métodos complementares de gestão da dor. De todos esses métodos os autores destacam as técnicas mente-corpo para relaxamento tais como técnicas de respiração, visualização, Yoga, hipnose ou música, que poderão ser úteis na redução da dor e na melhoria das experiências de trabalho de parto das mulheres, centrando-se nas interações entre o cérebro, a mente e o corpo, e o comportamento, com a intenção de utilizar a mente para um preparo físico adequado, promovendo também dessa forma a saúde mental e espiritual (SMITH *et al.*, 2018).

De acordo com Frias e Franco (2008) estas técnicas poderão tornar-se amplamente acessíveis às mulheres através do seu ensino durante as aulas de preparação para o parto, sendo importante examinar se funcionam e são seguras, para que as mulheres possam tomar decisões informadas sobre os cuidados na sua utilização, chegando posteriormente à conclusão de que estas poderão ajudar as mulheres a gerir a dor, embora a qualidade das provas varie entre baixo e muito baixo, sendo necessário mais dados para obter dados concretos, existindo, no entanto, certeza de que estas terapias tenham impacto no tipo de parto entre eutócico ou distócico/cesariana ou no estado de saúde do bebé à nascença.

Na maioria dos países desenvolvidos, houve um grande aumento nas taxas de intervenção durante o trabalho de parto, o que levou a que o processo habitual do uso da epidural, as intervenções médicas associadas bem como a realização de partos instrumentalizados aumentassem conseqüentemente. O uso excessivo da epidural para o alívio da dor no trabalho de parto, foi identificado como um fator responsável no aumento dos partos vaginais assistidos e nos partos por cesariana. A fim de oferecer mais opções para o alívio da dor, relata-se como opção a medicina integrativa e a medicina complementar, podendo estas serem eficazes na educação para o parto, em meio hospitalar (LEVETT *et al.*, 2016).

As técnicas apresentadas tendem por base apoiar a mulher durante o seu processo de gravidez e no trabalho de parto, ajudando a melhorar o seu relaxamento pessoal através da visualização, respiração, massagem e Yoga. Melhoram também no alívio da dor experienciando técnicas como a respiração, acupressão e visualização. O momento do nascimento é encarado como um processo fisiológico natural que deve ser vivenciado da forma mais harmoniosa possível, trabalhando-se todo o processo da “dor”, usando as medicinas complementares baseadas nas evidências pelo qual o processo de nascimento pode ser desenvolvido. Assim, e como forma de ajudar as mulheres e os seus parceiros foi

feita educação, através do curso de educação pré-natal sobre a fisiologia do parto normal abordando os seguintes temas: mudanças na gravidez, exercícios e cuidados nas costas durante a gravidez, sinais de trabalho de parto, controle farmacológico da dor, controle do trabalho de parto e nascimento, cuidados com o recém-nascido e amamentação (FERREIRA, 2016; FRIAS; FRANCO, 2008; FRIAS *et al.* 2021). Os autores chegam então à conclusão que os cursos de educação pré-natal em concordância com as técnicas de medicina complementares são um método eficaz e viável para controlar a dor, diminuindo as intervenções médicas e aumento do autocontrole das mulheres. Para chegarem a estas conclusões avaliaram 315 mulheres, ficando com uma amostra de 176 mulheres nulíparas com gestação de baixo risco e seguidas em 2 hospitais públicos em Sydney, Austrália. Estas mudanças requerem educação e apoio às mulheres e aos seus parceiros para os ajudar a lidar com todos os desafios enfrentados durante o trabalho de parto e parto, a fim de se tentar reduzir as intervenções no momento do parto para que este possa ser o mais natural possível. Neste estudo, verifica-se a eficácia das terapias complementares para o trabalho de parto como uma abordagem individualizada, integrada, baseada em evidências, centrada na mulher e que reduz as intervenções médicas e a morbidade durante o trabalho de parto. Concluem, por fim, que o uso de terapias complementares para o trabalho de parto e para o parto reduziu drasticamente o uso de epidural (LEVETT *et al.*, 2016).

Hipnose

A hipnose consiste numa alteração do estado de consciência que tem como objetivo reduzir a percepção da parturiente em relação ao seu ambiente em redor. Tem sido utilizada como uma intervenção para facilitar o parto e reduzir a utilização de métodos farmacológicos durante o mesmo. Durante o estado hipnótico há uma redução da atividade neural entre o córtex sensorial e a amígdala, o que está relacionado com um maior autocontrolo da dor (FERREIRA, 2016; WERNER *et al.*, 2020).

Ainda assim, tem havido algumas dúvidas no que respeita à fiabilidade deste método. Nesse sentido, foi realizado um estudo na Dinamarca, no Departamento de Obstetrícia do Hospital Universitário de Aarhus, em que participaram 139 mulheres que frequentaram hipnoterapia em aulas de preparação para o parto, 136 mulheres que frequentaram relaxamento e 87 que não tiveram aulas de preparação para o parto. Este estudo teve como objetivo avaliar o nível de cortisol salivar produzido nos três grupos de mulheres na 32^a semana gestacional, durante o parto, e na 6^a semana após o parto (WERNER *et al.*, 2020).

O cortisol é uma hormona produzida pelas glândulas suprarrenais em resposta ao *stress*, sendo que à medida que ocorre um aumento do nível de *stress*, ocorre também o aumento da produção desta hormona, permitindo que o organismo se adapte ao *stress*. A gravidez é

marcada por alterações físicas e emocionais, havendo um aumento progressivo do *stress* materno, associado a todas estas alterações e, com o aproximar do termo da gestação, ao medo da dor e do parto instrumental. Assim, há também um aumento contínuo da produção de cortisol (LAZARIDES *et al.*, 2020; WERNER *et al.*, 2020).

Para a realização do estudo referido, foram recolhidas amostras de cortisol salivar destes três grupos de mulheres e após análise das mesmas, verificou-se que as concentrações de cortisol foram mais elevadas durante o parto em comparação à gravidez e às 6 semanas após o parto, facto que seria de esperar, uma vez que o parto é associado a um maior nível de *stress*. Por sua vez, durante o parto, contraditoriamente ao que foi referido inicialmente, foram verificadas concentrações mais elevadas de cortisol no grupo das mulheres submetidas a hipnose pré-natal, em comparação ao grupo de mulheres que frequentou relaxamento e ao grupo que não teve aulas de preparação para o parto (WERNER *et al.*, 2020).

Este aumento dos níveis de cortisol pode estar relacionado com o facto de algumas mulheres experimentarem a hipnose como uma tarefa desafiante, provocando uma resposta emocional ao *stress*. Ainda assim, este estudo não conseguiu explicar as diferenças entre o grupo das mulheres submetidas a hipnose pré-natal e os outros dois grupos, pelo que fica a dúvida se a hipnose pode ou não reduzir o *stress* e, conseqüentemente, a dor durante o parto, pelos resultados evidenciados neste estudo (WERNER *et al.*, 2020).

Assim, torna-se necessário haver mais investigações acerca da utilização da hipnose como método de controlo da dor no trabalho de parto, por forma a confirmar a fiabilidade do mesmo.

ReiKi e meditação

O ReiKi é uma terapia complementar e integrativa que promove o equilíbrio. É uma forma simples, não farmacológica e não invasiva de proporcionar o bem-estar, usado principalmente para o alívio da dor (DUARTE; RISSO; FRIAS, 2016; FRIAS, 2020).

Segundo a Associação Portuguesa de ReiKi (2015) esta terapia é realizada através de um toque suave ou a uma curta distância da pessoa. A energia universal é então transmitida para as zonas que se apresentem mais necessitadas (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2018).

Foi realizado um estudo no Canadá e dois estudos no Médio Oriente (Turquia e Irão) em que participaram 343 mulheres entre os 20 e 30 anos e submetidas a cesariana. Este estudo teve como objetivo avaliar se o ReiKi ou a meditação foram eficazes no alívio da dor durante a cesariana através de um análogo visual (escala), frequência cardíaca e avaliação da pressão arterial sistólica e diastólica. Assim, foram recolhidas amostras e, após análise das mesmas, verificou-se que a nível da frequência cardíaca e da pressão arterial sistólica

e diastólica, não houve qualquer diferença que favoreça o Reiki no alívio da dor durante a cesariana. Por outro lado, os três estudos, no que diz respeito à avaliação da dor através do análogo visual, favorecem o Reiki e a meditação sobre os cuidados, sendo ambas as orações formas de cura espiritual (FERRAZ *et al.*, 2017).

Os autores relatam, que a espiritualidade e as terapias complementares proporcionam melhorias na qualidade de vida e trazem benefícios às diversas condições de saúde, sendo sugerido que a prática do uso de terapias não farmacológicas fosse considerada a fim de se poder reduzir o uso excessivo de medicação em obstetrícia. As terapias complementares são usadas em conjunto com outras medicinas e terapias (meditação, terapias corporais, manipulação de energia, arte e musicoterapia), não substituindo nenhuma delas. O Reiki é um método abrangente e tem uma perspectiva holística de conseguir harmonia entre os diferentes componentes do ser físico, mental, emocional e espiritual (FRIAS *et al.*, 2020).

Concluem, por fim, com baixas evidências que o uso do Reiki ou a meditação podem estar associadas à redução da dor (SOUSA; SEVERINO; MARQUES-VIEIRA, 2014).

Yoga

A gravidez e o parto são eventos complexos que cada mulher experiêcia de forma individual. O alívio da dor é feito habitualmente através de analgésicos e anestésicos, contudo estes podem ter efeitos nefastos. Surge assim a necessidade de compreender quais os efeitos que a prática de exercícios pré-natais, como o Yoga, têm no decorrer do trabalho de parto, parto e puerpério para que a sua utilização possa ser recomendada pelos médicos.

O estudo de Wadhwa *et al.* (2020) compreendeu 158 primíparas de idades entre os 20 e os 40 anos, não devendo ter histórico de doenças graves como diabetes ou hipertensão antes da gravidez ou qualquer complicação de risco durante a gravidez como anormalidades fetais. Foi fornecido às puérperas um questionário 6 semanas após o parto, onde constavam informações como a idade, nível de educação, IMC, natureza e os detalhes dos exercícios físicos pré-natais, a necessidade da indução do parto ou a auto percepção da dor. As primíparas foram divididas em grupo de exercício ou grupo de controlo, de acordo com a prática ou não de exercício pré-natal supervisionado. Os resultados do estudo concluíram que as mulheres que praticaram exercícios pré-natais tiveram uma menor taxa de cesariana (37% no grupo de exercício para 95 do grupo de controlo), menor ganho de peso (o aumento de peso nas grávidas do grupo de controlo era de 15,1kg em comparação com 11.5kg nas grávidas do grupo de exercício), maior peso do recém-nascido, menor dor e desconforto geral durante o trabalho de parto e menos dor lombar durante a gravidez. Também a recuperação no puerpério para realizar atividades diárias foi significativamente mais rápida nas mulheres que praticavam exercício, o que se pode dever a uma menor incidência de cesarianas no

grupo de mulheres que praticaram exercícios pré-natais ou a um menor ganho de peso durante a gestação. No grupo de mulheres que tinha praticado exercício, cerca de 92% refere ter praticado alguma forma de Yoga. De acordo com Jamieson (2004), citado por Wadhwa; Alghadir e Iqbal (2020), o Yoga pode fortalecer e aumentar a flexibilidade dos músculos perineais, da vagina e urinário, podendo assim facilitar o trabalho de parto devido ao aumento dos diâmetros pélvicos. Estas podem ser razões que levaram a taxas mais reduzidas de indução do parto, partos com menor duração e menor auto percepção da dor no grupo que praticara exercício, uma vez que a postura da mulher é melhorada, fortalecendo os músculos das costas, abdómen e pélvis, capacitando-as com o aumento do tônus muscular, tônus e relaxamento (WADHWA *et al.*, 2020).

Concluiu-se a partir do presente estudo que as mulheres grávidas se devem manter ativas durante a gravidez, seguindo um plano de exercícios supervisionado, em que se inclui yoga, a menos que este esteja contraindicado.

Hidroterapia associada à bola suíça na fase ativa do trabalho de parto

A dor durante o processo de trabalho de parto é o principal fenómeno sentido pelas parturientes, estando relacionada a fatores biológicos, financeiros, culturais e emocionais. Os métodos não farmacológicos para alívio da dor são técnicas que embora necessitem um conhecimento específico para sua utilização, não necessitam equipamentos complexos para sua aplicação, proporcionando maior autonomia à mulher, melhor manuseio da dor, diminuindo-a nas contrações uterinas e permitindo a adoção de diferentes posturas.

A água morna aplicada sobre o dorso da gestante durante a utilização do banho de aspersão reduz consideravelmente a sensação dolorosa, aliviando a lombalgia, enquanto a utilização da bola suíça estimula a posição vertical, melhora a tensão e possibilita o relaxamento do assoalho pélvico (SILVA; LARA, 2018).

A dor e a ansiedade vivenciadas pela parturiente durante o trabalho de parto podem causar efeitos considerados nocivos, como a secreção de catecolaminas e cortisol. As catecolaminas, epinefrina e norepinefrina elevam-se durante o trabalho de parto sem analgesia, ocasionando um aumento do débito cardíaco e da resistência vascular periférica, elevando também a pressão arterial, além de ocasionar redução do fluxo sanguíneo uterino, comprometendo por sua vez a perfusão fetal (SILVA; LARA, 2018).

Estudos realizados afirmam que a utilização da hidroterapia diminui os níveis de ocitocina e vasopressina, o banho de chuveiro promove a diminuição da secreção de catecolaminas, a água aquecida proporciona um relaxamento muscular através da vasodilatação periférica, promovendo também o aumento da elasticidade do canal vaginal, diminuindo a ansiedade, a dor, aumentando a satisfação materna, não apresentando efeitos adversos e é de baixo

custo e fácil aplicação. A temperatura da água deve estar entre 37-38°C, com duração de mínimo 20 minutos, direcionando a água sobre as regiões dolorosas, em regra, lombar e abdominal inferior (BARBIERI *et al.*, 2013).

A adoção de posturas verticais associadas à movimentação pode minimizar a dor, aumentando a eficácia das contrações uterinas, melhorando a circulação sanguínea materno-fetal, facilitando a descida da apresentação e minimizando a ocorrência do trauma perineal. Há inúmeros benefícios no estímulo da mobilidade materna como a diminuição da utilização de fármacos, auxílio na dilatação e diminuição do tempo de trabalho de parto, proporcionando também maior resistência à dor (BARBIERI *et al.*, 2013).

A execução de exercícios na bola suíça permite atuação direta na musculatura pélvica, principalmente nos músculos levantadores do ânus, pubococcígeos e a fáscia da pelve. A movimentação da pelve durante a aplicação da terapêutica, relaxa e alonga a musculatura (SILVA; LARA, 2018). Os pesquisadores supõem que este fenômeno se deve à analgesia induzida pelo exercício, devido a mecanismos adaptativos de controlo da dor que libertam os neurotransmissores, noradrenalina, serotonina, dopamina e encefalinas, influência da endorfina, diminuindo a ansiedade.

A dor sentida pela parturiente no período de dilatação está relacionada a estímulos transmitidos pelas fibras das estruturas pélvicas, associadas à vagina, cérvix uterina e músculos perineais. A dor é menos intensa no princípio do trabalho de parto.

O estudo revelou que a associação das terapêuticas da hidroterapia e da bola suíça mostrou-se mais eficaz que o uso isolado, potencializando o alívio da dor quando aplicadas na fase ativa do trabalho de parto, melhorando sua progressão, diminuindo sua duração e estimulando o parto normal (BARBIERI *et al.*, 2013; SILVA; LARA, 2018).

Ervas medicinais

Apesar da sua frequência da utilização de ervas medicinais, há uma falta de normas que garantam a utilização segura das mesmas para fins terapêuticos e literatura que ligue a sua utilização para várias formas de eventos de saúde adversos, tais como taxas mais elevadas de perdas de gravidez, aumento de cesarianas, aumento da frequência das complicações maternas, aumento da ocorrência de malformações congénitas, insuficiência cardíaca congestiva em recém-nascidos e mortes perinatais (FUKUNAGA *et al.*, 2020).

Na Tanzânia, entre 60 e 70% da população procura cuidados de saúde através do uso da medicina tradicional e tende a recorrer aos medicamentos tradicionais para tratar uma vasta gama de condições de saúde, devido à acessibilidade, disponibilidade e baixo custo dos produtos (FUKUNAGA *et al.*, 2020).

Entre 2014 e 2016 foi realizado um estudo na Tanzânia (região de Kigoma) em que foi aplicado um questionário individual que solicitava informações sobre as características de base de uma mulher, comportamentos e uso de contraceptivos, fertilidade, e informações detalhadas sobre os nascimentos mais recentes.

As características da gravidez e do parto entre as mulheres que relatam a utilização de ervas locais foram capturadas através das variáveis: Utilização de ervas locais durante a sua gravidez e/ou trabalho de parto; razões para tomar ervas (induzir ou sustentar o trabalho de parto, tratar a malária, tratar o frio/fluxo, tratar a dor de cabeça, tratar convulsões, tratar hemorragias vaginais, tratar dor de estômago, para a saúde da criança, para evitar o aborto espontâneo); período da utilização de ervas locais; ordem de nascimento; se os cuidados pré-natais recomendados foram recebidos; idade gestacional no parto; local de entrega (hospital/centro de saúde/ dispensário, casa, desconhecido) e complicações pós-natais existentes (FUKUNAGA *et al.*, 2020).

Das mulheres que relataram o uso de ervas durante a gravidez e/ou trabalho de parto, 382 mulheres referiram que as razões mais comuns incluem dores de estômago, saúde fetal, evitar aborto espontâneo e induzir ou sustentar mão-de-obra. A utilização de ervas durante a gravidez e/ou o parto variavam de acordo com uma série de características, incluindo o grupo etário, paridade e local de entrega.

A medicina tradicional continua a desempenhar um papel significativo nos comportamentos e experiências maternas, na Região de Kigoma, aproximadamente uma em cada dez mulheres utilizou ervas locais durante a sua última gravidez e/ou parto e o uso foi associado a complicações obstétricas pós-natais.

Compreender porque é que as mulheres confiam na utilização de ervas locais em relação às suas características pode ajudar a identificar os desafios e barreiras em torno da utilização dos serviços de saúde materna, para além de que é importante haver divulgação de informação precisa e atualizada acerca do risco potencial do uso de ervas medicinais durante a gravidez e/ou parto. Ainda, é necessário haver uma avaliação das ervas locais utilizadas, relativamente ao período e dose tomadas e propriedades das mesmas, por forma a esclarecer a segurança e eficácia das ervas locais específicas utilizadas por mulheres grávidas na Região de Kigoma (FUKUNAGA *et al.*, 2020).

■ CONCLUSÃO

O controlo da dor no trabalho de parto assume-se de extrema importância para a parturiente, podendo recorrer-se a métodos farmacológicos e não farmacológicos para a promoção desse mesmo controlo.

Deste modo, torna-se pertinente compreender o fenómeno do controlo da dor através de métodos não farmacológicos de forma que a implementação destes se torne mais frequente, sempre que se entenda que existem benefícios na sua utilização.

Após a análise dos artigos selecionados conclui-se que a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor como o Reiki, hidroterapia, yoga ou musicoterapia contribuem positivamente para uma sensação de maior controlo por parte da mulher e também para uma experiência de parto com menor percepção da dor. Contudo, existem ainda dúvidas em relação a algumas técnicas utilizadas como a hipnose ou a utilização de ervas medicinais, que parecem estar associadas a maiores níveis de *stress* e dor no trabalho de parto ou a maiores complicações pós-natais.

Através da pesquisa em bases de dados para a realização da presente revisão narrativa da literatura, compreendemos que a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor tem sido um tema gradualmente mais discutido e que estes métodos se começam a assumir cada vez mais como válidos num eficaz alívio da dor. Contudo, parece-nos ser pertinente a existência de mais estudos que comprovem a real eficácia dos mesmos em alguns casos, bem como, se em associação, poderão promover melhores resultados no alívio da dor, tendo sempre como principal foco uma experiência positiva e segura de parto.

■ REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, N. A. M.; SOUSA, J. T.; BACHION, M. M.; SILVEIRA, N. DE A. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 13(1). 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000100009>
2. BARBIERI, M.; HENRIQUE, A. J.; CHORS, F. M.; MAIA, N. L.; GABRIELLONI, M. C. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta Paul. Enfermagem**; 26(5): 478-484. 2013. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000500012>
3. BULECHEK, G.; BUTCHER, H.; DOCHTERMAN, J. **Classificação das intervenções de enfermagem** (NIC). Ed. 6, Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2018.
4. DUARTE, P.; RISSO, S.; FRIAS, A. O Efeito do REIKE nos profissionais de Saúde com Burnout. **Journal of Educational, Technologies and Health** (Rev Mil). Ed. Especial 01, p. 367-376. 2016. Available from < <http://hdl.handle.net/10174/20186>>. access on 16 Jan. 2020.
5. FERRAZ, G. A. R.; RODRIGUES, M. R. K.; LIMA, S. A. M., LIMA, M. A. F.; MAIA, G. L., NETO, C. A. P.; OMODEI, M. S.; MOLINA, A. C.; DIB, R. E.; RUDGE, M. V. C. O Reiki ou a oração são efetivos no alívio da dor durante a internação da cesariana? Uma revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. **São Paulo Med. J.** 135 (02). 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2016.0267031116>
6. FERREIRA, S. S. C. H. **Métodos não farmacológicos de alívio da dor**. In Néné, M., Marques, R., Batista, A.B. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 416-424. Lisboa: Lidel. 2016

7. FRIAS, A.; FRANCO, V. A preparação psicoprofiláctica para o parto e o nascimento do bebé: estudo comparativo. In *Psicología Evolutiva*, **INFAD Revista de Psicología**. Ano XX, N.º1: 47-53. Badajoz: Asociacion Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescência y Mayores. 2008.
8. FRIAS, A; RESSURREIÇÃO, A.; LOBÃO, A; RODRIGUES, C. **Preparação para o parto: análise de conceito**. In Samira Silva Santos Soares (Org). *Enfermagem: Processos, Práticas e Recursos*. (pp.25-37). 2021 Ponta Grossa - Paraná: Atena Editora, ISBN 978-65-5706-927-1. DOI 10.22533/at.ed.271212403.
9. FRIAS, A.; SOUSA, L; DUARTE, P.; RISSO, S.; FRIAS, N. **O efeito do Reiki no nível de burnout em profissionais de saúde**. In Missias-Moreira, Ramon; Sousa, Luís Manuel Mota; José, Helena Maria Guerreiro; Frias, Ana Maria Aguiar; Querido, Ana Isabel Fernandes (Orgs.). *Qualidade de vida em uma perspectiva interdisciplinar*, 2020. Vol8. (pp. 49-58). Curitiba: Editora CRV. ISBN: 978-65-5578-045-
10. FRIAS, A.; SOUSA, L.; FERREIRA, A. **Medo do Parto: Avaliação em um grupo de grávidas** in Silene Barbosa (Org). *A enfermagem e o gerenciamento do cuidado integral* 3.187-198p, 2020. Ponta Grossa- Paraná: Atena Editora, ISBN 978-65-5706-670-6. DOI 10.22533/at.ed.706200812. <https://www.finersistemas.com/atenaeditora/index.php/admin/api/ebookPDF/3719>
11. FUKUNAGA, R.; MOROF, D.; BLANTON, C.; RUIZ, A.; MARO, G.; SERBANESCU, F. Factors associated with local herb use during pregnancy and labor among women in Kigoma region, Tanzania, 2014-2016. **BMC pregnancy and childbirth**. 20(1), 122. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2735-3>
12. GUERRA, A. **A dor em Obstetrícia**. In Néné, M., Marques, R., Batista, A.B. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 411-412. Lisboa: Lidel. 2016
13. LAZARIDES, C.; WARD, E. B.; BUSS, C.; CHEN, W. P.; VOELKLE, M. C.; GILLEN, D. L.; WADHWA, P. D.; ENTRINGER, S. Psychological stress and cortisol during pregnancy: An ecological momentary assessment (EMA)-Based within- and between-person analysis. **Psychoneuroendocrinology**, 121, 104848. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.10484>
14. LEVETT, K. M.; SMITH, C. A.; BENSOUSSAN. A.; DAHLEN, H. G. Complementary therapies for labour and birth study: a randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. **BMJ Open** 6 (11), e010691. 2016 Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010691>
15. PEDRO, L.; OLIVEIRA, S. C. **A dor no trabalho de parto**. In Néné, M., Marques, R., Batista, A.B. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 411-412. Lisboa: Lidel. 2016
16. PEREIRA, M. **Preparação para o nascimento e parentalidade**. In Néné, M., Marques, R., Batista, A.B. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 152-157. Lisboa: Lidel. 2016
17. SILVA, C. A.; LARA, S. R. G. **Use of the shower aspersion combined with the swiss ball as a method of pain relief in the active labor stage**. *Br J Pain*. São Paulo. 1(2), 167-70. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180032>
18. SMITH, C. A.; LEVETT, K. M.; COLLINS, C. T.; ARMOUR, M.; DAHLEN, H. G.; SUGANUMA, M. **Relaxation techniques for pain management in labour**. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009514.pub2>

19. SOUSA, L. M. M., FIRMINO, C. F., MARQUES-VIEIRA, C. M. A., SEVERINO, S. S. P. S., & PESTANA, H. C. F. C. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. 1(1),45-54. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/232112845.pdf>.
20. SOUSA, L. M. M.; SEVERINO, S. S. P.; MARQUES-VIEIRA, C.M.A. O ReiKi como um Contributo para a Prática de Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. **Nursing Portuguesa**, v.26, n.289, p.5-12, 2014. Available from < http://www.associacaoportuguesadeReiKi.com/wp-content/uploads/2014/10/42_2012-com-revisao-revisto-luis-sousa.pdf>. access on 16 Jan. 2020.
21. WADHWA, Y.; ALGHADIR, A. H.; IQBAL, Z. A. Effect of Antenatal Exercises, Including Yoga, on the Course of Labor, Delivery and Pregnancy: A Retrospective Study. **International journal of environmental research and public health**. 17(15), 5274. 2020 Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17155274>
22. WERNER, A., WU, C.; ZACHARIAE, R.; NOHR, E. A.; ULDBJERG, N.; HANSEN, Å. M. Effects of antenatal hypnosis on maternal salivary cortisol during childbirth and six weeks postpartum- -A randomized controlled trial. **Plos one**. 15(5), e0230704. 2020 Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230704>

Revisão integrativa da literatura: fatores clínicos que influenciam a gestante na escolha da via de parto vaginal

| **Girlane Santos de Almeida**
Unifacs

| **Joice Queiroz do Nascimento**
Unifacs

| **Letícia Bárbara Souza da Silva**
Unifacs

| **Joventina Julita Pontes Azevedo**
Unifacs

RESUMO

O parto é um evento biopsicossocial, que sofre interferência de valores culturais, sociais, emocionais e afetivos, que refletem na escolha pela via de parto. O Ministério da Saúde (MS) afirma que aproximadamente 80% das mulheres, optam pelo parto vaginal durante as consultas do pré-natal, porém apenas 20% conseguem ter seus filhos por essa via.

OBJETIVO: Identificar na literatura científica os fatores clínicos que influenciam a gestante na escolha da via de parto vaginal. **METODOLOGIA:** Trata-se de revisão integrativa da literatura, de natureza exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa, realizada à partir da bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), através dos Palavras-chave: “Parto”, “Enfermagem Obstétrica” e “Parto Normal”. Foram selecionados 12 pesquisas.

RESULTADOS e DISCUSSÃO: Os estudos demonstraram que a recuperação mais rápida, o protagonismo da mulher, a autonomia materna durante o parto e apoio e orientações dos profissionais foram os principais fatores que interferiram na escolha pela via vaginal. Enquanto o medo da dor e do sofrimento foram determinantes na opção pelo parto cesárea. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os fatores coletados permitiram relacionar os motivos pelos quais as gestantes optaram pela via de parto vaginal. Assim, sugerem-se novos estudos e uma abordagem no âmbito das universidades que demonstrem a relevância do protagonismo da parturiente e dos fatores clínicos que influenciam na via de parto vaginal durante o nascimento.

Palavras-chave: Parto, Enfermagem Obstétrica, Parto Normal.

■ INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são eventos biopsicossociais, que compõem um processo de transição do status de mulher para o de mãe e são permeados por valores culturais, sociais, emocionais e afetivos. (PINHEIRO; BITTAR, 2012) É um período marcante para a mulher, por isso, a importância das redes de apoio e nível de informação. (DOS SANTOS; CANGIANI FABBRO, 2018).

Desta forma, a escolha da via de parto está relacionada com o conhecimento da gestante. Portanto, precisam estar munidas de informações para que possam tomar decisões com autonomia e segurança. É dever da equipe de saúde respeitar a via escolhida pela mulher, cabendo interferir apenas nos casos de intercorrências durante a gestação ou parto. (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

O parto vaginal viabiliza uma cicatrização e recuperação mais rápida, cooperando com retorno rápido às atividades diárias. Este é indicativo quando as condições clínicas da gestante estão em parâmetros normais, com dilatação entre 8 e 10 cm, bebê encaixado na pelve em posição cefálica, tamanho e peso ideal. (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

A cesariana deverá ocorrer somente em situações que impossibilitem o parto normal, ou seja, quando tem indicação médica. Caso contrário, se for apenas por escolha pode ocasionar riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê, pois aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido (RN) e triplica o risco de morte da mãe (PINHEIRO; BITTAR, 2012) Ainda, na maioria dos casos, as mulheres sentem desconfortos devido ao uso da anestesia e suturas, uma vez que é um procedimento extremamente invasivo. (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2015, a Resolução Normativa nº 368, representou um avanço por estabelecer regras para estimular o parto normal e obter a consequente redução de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar. O Ministério da Saúde (MS) afirma que aproximadamente 80% das mulheres optam pela via de parto vaginal durante as consultas do pré-natal, porém apenas 20% dessas parturientes conseguem ter seus filhos por essa via (PIMENTEL, 2016). Sendo assim, o número de partos cesarianos só aumentam nas maternidades do Brasil chegando a 55,5% segundo a MS 2016.

O melhor tipo de parto é aquele onde a parturiente e o feto se encontram nas melhores condições possíveis. O conhecimento e o diálogo dos profissionais de saúde durante o pré natal, é essencial na decisão da via de parto ideal para se obter um encontro saudável entre a mãe e seu bebê (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014), dessa forma questiona-se quais são os fatores clínicos que influenciam a gestante na escolha da via de parto vaginal? Devido a

isso, o presente estudo tem como objetivo identificar na literatura científica os fatores clínicos que influenciam a gestante na escolha da via de parto vaginal.

■ METODOLOGIA

Desenvolveu-se neste estudo uma pesquisa exploratória do tipo revisão integrativa da literatura científica, de natureza exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa conforme descrito por Souza (2010), realizada através de uma busca online de artigos científicos nacionais e internacionais, no período entre dezembro de 2019 e abril de 2020.

Esse estudo necessitou de um planejamento e organização para pôr em prática toda elaboração do conteúdo teórico. A técnica de análise de conteúdo se caracteriza por seis etapas: 1) identificação do problema, ou seja, a elaboração da questão norteadora; 2) seleção dos artigos científicos; 3) categorização dos estudos, momento no qual se faz a organização do conceito dos temas expostos; 4) definição das informações extraídas dos trabalhos revisados; 5) análise e discussão a respeito do tema proposto; 6) síntese que é a fase final evidenciado pelo conhecimento extraído dos artigos escolhidos, concluindo-se com a apresentação da revisão integrativa (ALMEIDA *et al.*, 2015).

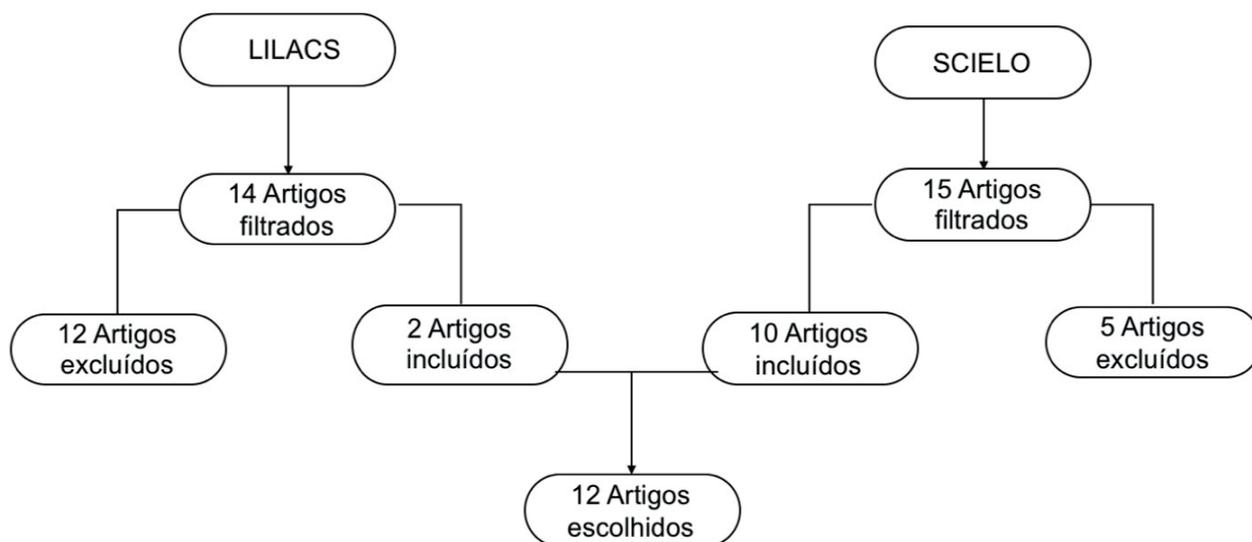
Iniciou-se sua elaboração a partir da escolha do tema e da formação da questão norteadora através do acrônimo PICO (paciente, intervenção, comparação, outcomes). Logo após foram definidos como critérios de inclusão os estudos primários e secundários, que abordaram a temática, publicados na íntegra, em português, entre o período de 2013 e 2020. Como critérios de exclusão, artigos que as mulheres não opinaram pela via de parto, que tinham alguma comorbidade com indicação de parto cesárea e repetidos nas bases de dados.

Para coleta de dados, foram filtrados na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) 15 artigos, Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS) 14 artigos, através dos DeCS: “Parto”, “Enfermagem Obstétrica” e “Parto Normal”, combinados entre si pelo operador booleano válido para a expressão de busca “and” o qual recupera os registros contidos nas palavras correspondentes ao tema deste estudo. Foram selecionados 12 artigos científicos para a produção dos resultados e discussão.

Para tanto, foi elaborado um quadro com as características desses estudos contendo primeiro autor, ano de publicação, local, tipo de estudo e resultados encontrados. Em seguida, após leitura criteriosa, foi realizada a coleta, análise, discussão e síntese dos dados encontrados.

No que se refere aos aspectos éticos, como este estudo é uma revisão integrativa da literatura científica, não houve a necessidade de submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), apenas serão referenciadas com fidelidade, as fontes citadas neste trabalho, conforme a Resolução COFEN Nº 564/2017.

Figura 1. Fluxograma do processo de coleta e análise de dados, do estudo “Fatores Clínicos que influenciam as gestantes na escolha da via de parto vaginal”, 2020.



Fonte: Acervo das autoras, do estudo “Fatores clínicos que influenciam a gestante na escolha da via parto vaginal”, 2020.

■ RESULTADOS

Foram encontrados nas bases de dados um total de 29 estudos, destes apenas 17 foram excluídos, sendo selecionados, de acordo com os critérios metodológicos, apenas 12 artigos originais em pesquisa de campo (pesquisas experimentais e observacionais). A qualidade científica dos artigos incluídos foi avaliada através da leitura dos métodos utilizados para cada estudo, demonstrando adequação na coleta e análise dos dados, tornando o estudo elegível conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 1. Características dos estudos selecionados para a revisão integrativa sobre os fatores que influenciam na escolha das vias de parto, entre os anos de 2013 á 2020.

AUTOR/A NO	LOCAL	TIPO DE ESTUDO	N	RESULTADOS
Silva <i>et. al.</i> (2014)	Bahia	Pesquisa de Campo	PV:10 PC: 02	Cicatrização mais rápida; recuperação mais rápida; retorno célere às atividades diárias; Menor risco de infecção; Sem dor da incisão cirúrgica; Menor possibilidade de desconforto respiratório no recém-nascido; Benefícios para mãe/bebê; Experiência anterior com parto vaginal; Medo da dor/sofrimento; Influência familiar, profissional e mídia; Medo de desencadear incontinência urinária e fecal; Atenção mais humanizada; Preservação da anatomia vaginal; Vida sexual.
Furtado <i>et. al.</i> (2016)	Paraná	Pesquisa de Campo	NE:10	Recuperação mais rápida; Benefícios para mãe/bebê; Retorno célere às atividades diárias; Menos invasivo; Medo da dor/sofrimento; Acredita ser incapaz de parto vaginal; Cesariana anterior; Escolaridade materna e multiparidade.
Santana <i>et. al.</i> (2015)	São Paulo	Pesquisa de Campo	PV:12 PC: 03	Recuperação mais rápida; Medo da anestesia; Medo de complicações pós-parto; Preocupação com a estética; Medo da dor/sofrimento; Vida sexual; Influência de profissionais; Desinformação; Experiência anterior com parto vaginal; Pré-natal inadequado; Desejo de fazer a laqueadura.
Weidle <i>et. al.</i> (2014)	Rio Grande do Sul	Pesquisa de Campo	PV:61 PC: 20	Medo da dor/sofrimento; Desinformação; Preocupação com a estética; Preservação da anatomia vaginal; Vida sexual; Atenção mais humanizada; Protagonismo da mulher; Acredita ser incapaz de parto vaginal.
Pinheiro <i>et. al.</i> (2013)	Rio de Janeiro	Pesquisa de Campo	PV:31	Recuperação mais rápida; Maior autonomia no puerpério; Menor risco de infecção; Medo da dor/sofrimento; Acredita ser incapaz de parto vaginal.
Santos <i>et. al.</i> (2018)	São Paulo	Pesquisa de Campo	PV:07	Desinformação; Medo de intervenções desnecessárias; Idealização do parto perfeito.
Valadão <i>et. al.</i> (2020)	Rio de Janeiro	Pesquisa de Campo	PV:05 PC: 02 SP: 01	Recuperação mais rápida; Medo/dor de incisão cirúrgica/cirurgia.
Andrade <i>et. al.</i> (2016)	Pernambuco	Pesquisa de Campo	PV:60 3	Respeito a privacidade; Autonomia no parto; Protagonismo da mulher; Apoio e orientações dos profissionais.
Velho <i>et. al.</i> (2014)	Santa Catarina	Pesquisa de Campo	PV:17 PC: 03	Recuperação mais rápida; Protagonismo da mulher; Ausência de dor/ desconforto no puerpério; Planejar nascimento; Medo da dor/sofrimento
Kottwit <i>et. al.</i> (2018)	Minas Gerais e Rio Grande do Sul	Pesquisa de Campo	PV:28 0 PC: 77 SP: 04	Recuperação mais rápida; Protagonismo da mulher; Medo da dor/sofrimento.
Nascimento <i>et. al.</i> (2015)	Mato Grosso do Sul	Pesquisa de Campo	PV:19 PC: 06	Recuperação mais rápida; Protagonismo da mulher; Processo natural; Maior autonomia no puerpério; Medo da dor/sofrimento; Experiência anterior com parto vaginal; Indicação médica.
Leguizamon Jr <i>et. al.</i> (2013)	Santa Catarina	Pesquisa de Campo	PV:63 PC: 22	Recuperação mais rápida; Ausência de dor/ desconforto no puerpério; Menor risco de infecção; Medo da dor/sofrimento; Vida sexual; Conforto e segurança para o bebê.

Fonte: Acervo das autoras, do estudo “Fatores clínicos que influenciam a gestante na escolha da via parto vaginal”, 2020.

Na tabela 1, encontram-se os fatores que influenciam a gestante na escolha pelo parto vaginal, distribuídos por quantidade de artigos que abordaram cada resultado, bem como o total de mulheres que escolheram esta via e o motivo relacionado. Pode-se perceber que os

estudos apontam por escolher a via de parto vaginal por ter uma recuperação mais rápida, pelo protagonismo da mulher, autonomia no parto e apoio e orientações dos profissionais.

Tabela 1. Distribuição dos fatores por artigo e quantidade de mulheres que influenciam a gestante na escolha pelo parto vaginal, de acordo com a revisão integrativa, entre os anos de 2013 á 2020.

Fatores	Artigos		Mulheres	
	N	%	N	%
Recuperação mais rápida	9	75,0	437	34,7
Protagonismo da mulher	5	41,7	980	77,9
Ausência de dor/desconforto no puerpério	3	25,0	90	7,1
Retorno célere às atividades diárias	3	25,0	37	2,9
Menor risco de infecção	3	25,0	104	8,3
Maior autonomia no puerpério	2	16,7	50	4,0
Alta hospitalar mais rápida	2	16,7	30	2,4
Benefícios para mãe/bebê	2	16,7	10	0,8
Medo/dor da incisão cirúrgica	2	16,7	15	1,2
Menor possibilidade de desconforto respiratório no recém-nascido	1	8,3	20	0,8
Menos invasivo	1	8,3	10	1,0
Medo da anestesia	1	8,3	12	1,0
Medo de complicações pós-parto	1	8,3	12	48,2
Autonomia no parto	1	8,3	606	48,2
Apoio e orientações dos profissionais	1	8,3	606	1,5
Processo natural	1	8,3	19	0,8
Cicatrização mais rápida	1	8,3	10	0,6
Medo de intervenções desnecessárias	1	8,3	7	
TOTAL	12	100	1258	100

Fonte: Acervo das autoras, do estudo “Fatores clínicos que influenciam a gestante na escolha da via de parto vaginal”, 2020.

Na tabela 2, estão descritos os fatores que influenciam a gestante na escolha pelo parto cesárea, também distribuídos por quantidade de artigos que abordaram cada resultado, bem como o total de mulheres que escolheram esta via e o motivo relacionado.

Tabela 2. Distribuição dos fatores por artigo e quantidade de mulheres que influenciam a gestante na escolha pelo parto cesariano, de acordo com a revisão integrativa, entre os anos de 2013 á 2020.

Fatores	Artigos		Gestantes	
	N	%	N	%
Medo da dor/sofrimento	9	75,0	143	11,4
Desinformação	4	33,3	23	1,8
Vida sexual	4	33,3	47	3,7
Experiencia anterior com parto vaginal	3	25,0	11	0,9
Atenção mais humanizada	3	25,0	22	1,7
Influencia de profissionais	2	16,7	5	0,4
Preocupação com estética	2	16,7	23	1,8
Acredita ser incapaz de parto vaginal	2	16,7	30	2,4
Preservação da anatomia vaginal	2	16,7	22	1,7
Indicação médica	2	16,7	26	2,1
Cesariana anterior	2	16,7	30	2,4
Planejar nascimento	1	8,3	3	0,2

Fatores	Artigos		Gestantes	
	N	%	N	%
Conforto e segurança para o bebê	1	8,3	22	1,7
Praticidade	1	8,3	22	1,7
Idealização do parto perfeito	1	8,3	7	0,6
Respeito a privacidade	1	8,3	603	47,9
Influencia da mídia	1	8,3	2	0,2
Influencia familiar	1	8,3	1	0,1
Pré-natal inadequado	1	8,3	3	0,2
Desejo de fazer laqueadura	1	8,3	3	0,2
Medo de desencadear incontinência urinária e fecal	1	8,3	2	0,2
TOTAL	12	100	1258	100

Fonte: Acervo das autoras, do estudo “Fatores clínicos que influenciam a gestante na escolha da via de parto vaginal”, 2020.

Foram descritos em todos os artigos, que o parto realizado através da via vaginal é o de escolha da maioria das gestantes (1108), enquanto apenas 135 mulheres entrevistadas nos estudos preferiram o parto cesárea, conforme discriminado na tabela 3.

Tabela 3. Vias de parto escolhido pelas mulheres entrevistadas nos artigos selecionados na revisão integrativa, entre os anos de 2013 á 2020.

Vias de parto	N	%
Parto Vaginal	1108	88,1
Parto Cesária	135	10,7
Sem Preferencia	05	0,4
Artigo Não Especificou	10	0,8
TOTAL	1258	100

Fonte: Acervo das autoras, do estudo “Fatores clínicos que influenciam a gestante na escolha da via de parto vaginal”, 2020.

■ DISCUSSÃO

A gestação é um período diferente e especial na vida de uma mulher, caracterizado por incertezas, dúvidas e inseguranças, principalmente para as primigestas. Devido a isso, a escolha da via de parto, seja vaginal ou cesariana, gera muita dúvida e é diretamente influenciada por diversos fatores clínicos e sociais. (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

A via de parto vaginal é atribuída àquela que ocorre de forma natural, realizada sem intercorrências ou procedimentos desnecessários ao longo do trabalho de parto. (VICENTE; LIMA; LIMA, 2017), Muitas mulheres sentem receio em vivenciar o parto vaginal, por temerem que ocorram diversas complicações. Esta preocupação surge principalmente, devido a ausência de orientações pelos profissionais de saúde que as acompanham. (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

A preferência pela via de parto vaginal tornou-se evidente neste estudo, em que a maioria das gestantes (88,1%) optou por ser um processo natural, sem a necessidade de se

submeter a uma intervenção cirúrgica. Silva *et al* (2014), relatam em sua pesquisa, que as mulheres preferiram essa via devido a cicatrização mais rápida, retorno célere às atividades diárias e menor risco de infecção.

Já um estudo realizado em São Paulo, citou o medo da anestesia, das complicações pós- parto como fator de escolha para a realização do parto normal, contrapartida apenas Furtado *et al* (2016) não especificou qual seria a via de parto escolhida, pois as mulheres ainda apresentavam dúvidas, insegurança e receio em relação ao parto.

De acordo com os estudos, ficam explícitos elementos indispensáveis na escolha da via de parto, demonstrando que no período gestacional as mulheres passam por influências diretas, enfrentando sentimentos e sensações que intervêm diretamente na sua escolha, deste modo a preferência pela escolha de parto pode mudar até o final da gestação.

Similarmente Weidle *et al* (2014), em seus estudo, afirma que as mulheres opinaram pela via vaginal por conta da atenção humanizada que receberam diante a relação profissional- paciente. Em comparação, Pinheiro *et al* (2013) revelou que além disso, também há maior autonomia no puerpério. Estes foram pontos cruciais para a escolha do parto vaginal.

A pretensão pelo parto normal, é incentivado pela vontade de um parto mais natural e humanizado, sendo este dando mais autonomia à mulher, dentre outros motivos podemos citar a expectativa de recuperação mais rápida podendo aproveitar melhor o puerpério e pelo receio de sofrer intervenções cirúrgicas , podendo prejudicar a saúde da mãe e do bebê.

Sob o mesmo ponto de vista a idealização pelo parto perfeito foi outro fator citado por Santos *et al* (2018) em suas pesquisas, contrapondo com a desinformação que as gestantes apresentavam e o medo por uma intervenção desnecessária. Já Valadão *et al* (2020), afirmam que o medo/dor de incisão cirúrgica são fatores que levam as gestantes a optarem pela via de parto vaginal.

Outro estudo realizado na cidade de Santa Catarina entra em plena concordância com o realizado em Pernambuco, onde todas as mulheres preferiram o parto por via vaginal devido a autonomia no parto, sem falar do apoio e orientação dos profissionais, que é de extrema importância diante as informações e orientações passadas para as gestantes.

Dando continuidade a esta linha de pensamento Kottwit *et al* (2018), em um estudo realizado em Minas Gerais e Rio Grande do Sul destacou-se o protagonismo da mulher, como um dos principais fatores para decisão do parto natural, entrando em concordância com Velho *et al* (2014).

Estes resultados corroboram com Nascimento *et al* (2015) que também trouxe esse motivo de escolha em seu estudo, reafirmando que o parto deve ser um processo natural do próprio corpo, sendo este um dos maiores fatores que se leva em consideração na escolha da via de parto.

Tendo em vista que os fundamentos para a escolha da via de parto seja similar, Leguizamon Jr *et al* (2013) relatam que as mulheres preferem o parto vaginal devido os benefícios para o bebê, principalmente pelo menor risco de problemas respiratórios, e para que este aconteça, é necessário que exista uma simultânea sincronia entre os profissionais e as gestantes.

A cesárea é um procedimento cirúrgico que tem como intuito intervir quando os riscos são maiores diante dos benefícios do parto normal, devendo ser indicado em situações clínicas, como (SILVA *et al*, 2017) pouca dilatação, placenta prévia, prolapso de cordão, posição transversa, córmica ou pélvica, entre outros (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

A via de parto cesárea obteve um menor número de preferências, escolhidos por apenas 10,7% das mulheres, sendo o medo da dor um dos principais motivos para não realização do parto vaginal, seguidos da falta de informação, experiência negativa com parto anterior, atenção mais humanizada e influência de profissionais.

Os resultados encontrados nesta revisão demonstrou que apenas 135 mulheres opinaram pela via de parto cesariana, entrando em concordância com Silva *et al* (2014) e Valadão *et al* (2020) que dispuseram o menor número de gestantes escolhendo a via de parto cesariana em seus pesquisas.

Ficou explícito neste estudo que o medo da dor/sofrimento foi um dos principais motivos pelos quais as gestantes escolheram pela via de parto cesariana. Esse resultado corrobora com as pesquisas realizadas por Kottwit (2018) *et al* e Leguizamon Jr *et al* (2013), em que ambos afirmam que é esse o principal fator que definiu a via de parto.

Observou-se que os estudos apontaram que o medo da dor/sofrimento durante o trabalho de parto e o respeito a privacidade foram os fatores preponderantes nesta escolha, dentre esses fatores, podemos observar também a influência da família como escolha pela via.

Silva *et al* (2017) ao discutir sobre os fatores que levaram as mulheres a escolher esta via, ele destaca que a influência familiar, o medo de desenvolver incontinência urinária e fecal e a preservação da anatomia vaginal estão diretamente correlacionados para a escolha da via de parto cesariana.

Já Furtado *et al* (2016) realizou seu estudo no estado do Paraná e evidenciou que a escolha pelo parto cesariano ocorreu devido a maioria das mulheres já terem vivenciado cesarianas anteriores, levando as mesmas a optarem pela mesma via. Enquanto no estudo de Santana *et al* o fator exacerbante foi o desejo de realizar a laqueadura.

Mesmo pequena é notória a incidência de cesarianas pelas mulheres, pois os autores relatam que as mesmas por diversos fatores buscam evitar as dores do parto natural e preservação da anatomia vaginal.

Fica explícito o favoritismo pela via de parto cesariano nas pesquisas sucedidas por Weidle *et al* (2014) que certifica que as mulheres fazem esta opção por se sentirem incapazes da realização do parto vaginal, confirmando os resultados do estudo de Pinheiro *et al* (2013). Em contrapartida, uma pesquisa feita na cidade de Santa Catarina demonstrou que o desejo de planejar o nascimento da criança foi a condição pela qual as mulheres elegeram o parto cesariano como preferência.

Ao discutirmos sobre cesárea, as gestantes que optaram pelo parto cesariano, como vantagens expostas podemos observar maior segurança para o bebê, menor risco de complicações, conforto e praticidade, melhor recuperação e menos prejuízos para a vida sexual entre outros.

Santos *et al* (2018) afirma que todas as mulheres paulistas que participaram da sua pesquisa, preferiram apenas o parto vaginal excluindo a possibilidade de vir a ter um parto cesariano. Os estudos de Andrade *et al* (2016) e Valadão *et al* (2020) entra em consonância e não especifica qual seria a via de parto escolhida, pois as mulheres não tinham preferência.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fatores coletados permitiram relacionar, os motivos pelos quais as gestantes optam pela via de parto vaginal. Os estudos demonstraram que a recuperação mais rápida, o protagonismo da mulher, a autonomia materna durante o parto e apoio e orientações dos profissionais foram os principais fatores que interferiram na escolha pela via vaginal. Enquanto o medo da dor e do sofrimento durante o trabalho de parto foram determinantes na escolha pelo parto cesárea.

Existe a limitação em relação aos dados fornecidos pelos autores dos artigos científicos selecionados. Assim, sugerem-se novos estudos e uma abordagem no âmbito das universidades, através da realização de pesquisas científicas que demonstrem a relevância do protagonismo da parturiente e dos fatores clínicos que influenciam na via de parto vaginal durante o nascimento.

Se faz necessária a ampliação dos métodos educacionais para os profissionais de saúde, com a finalidade de prepará-los para uma assistência cada vez mais completa, individualizada e humanizada. Assim, promovendo a mulher condições de adquirir empoderamento em relação ao seu corpo e autonomia no momento do parto. Eles devem estar preparados para compreender e respeitar a opinião da gestante, quando não acarretar prejuízos para a vida de mãe e filho. Neste cenário, a Enfermagem Obstétrica precisa promover uma assistência singular nas orientações às parturientes.

Os profissionais que atendem no pré-natal possuem um papel muito importante. Estes devem transmitir informações corretas e precisas, para que as gestantes tenham

conhecimento suficiente, sendo capazes de avaliarem os riscos, benefícios e possíveis complicações de cada via de parto. Dessa forma, através do fornecimento adequado dessas informações, cada mulher possa tomar suas decisões com total segurança.

■ REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, Jordana Moreira Almeida; LUZ Sylvana Araújo Barros; UED Fábio da Veiga. **Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura.** Uberaba, 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n3/0103-0582-rpp-33-03-0355.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2020.
2. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Atualização das taxas de de parto na saúde suplementar.** Rio de Janeiro, 17 de maio de 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/3324-atualizacao-das-taxas-de-partos-na-saude-suplementar/> Acesso em: 09 de set. de 2019.
3. ANDRADE, Priscyla de Oliveira Nascimento et al . Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife v. 16, n. 1, p. 29- 37, Mar. 2016. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v16n1/1519-3829-rbsmi-16-01-0029.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2020.
4. CAMPOS VICENTE, Albeniz; LIMA, Ana Karla Bezerra da Silva; LIMA, Carlos Bezerra de. **Parto cesáreo e parto normal: uma abordagem acerca de riscos e benefícios.**, João Pessoa, v. 17, n. 4, 2017.
5. CARVALHO. **Via de parto preferida por puérperas e suas motivações.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 22, n. 1, e20170013, 2018 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200282&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 mar. 2020.
6. DOS SANTOS, Silvana; CANGIANI FABBRO, Márcia Regina. **A difícil tarefa de escolher o parto natural.** Cienc. enferm., Concepción , v. 24, 11, 2018 Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200282&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2019.
7. KOTTWITZ, Fernanda; GOUBEIA, Helga Geremias; GONCALVES, Annelise de Carvalho. **Via de parto preferida por puérperas e suas motivações.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 22, n. 1, e20170013, 2018 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200282&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 mar. 2020.
8. LEGUIZAMON JUNIOR, Teodoro; STEFFANI, Jovani Antônio; BONAMIGO, Elcio Luiz. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 21, n. 3, p. 509-517, Dec. 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200282&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 mar. 2020.
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Taxa de cesariana no Brasil.** 2016. Disponível em <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/27782-pela-primeira-vez-numero-de-cesarianas-nao-cresce-no-pais>. Acesso em: 30 ago. 2019.

10. NASCIMENTO, Raquel Ramos Pinto do et al. **Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas.** *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre , v. 36, n. spe, p. 119-126, 2015 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200282&Ing=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 mar. 2020.
11. PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR, Cléria Maria Lobo. **Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde.** *Aletheia, Canoas* , n. 37, p. 212-227, abr. 2012 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200282&Ing=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2019.
12. PIMENTEL T A, Eduardo Cyrino Oliveira-Filho. **Fatores que influenciam na escolha da via de parto cirúrgica: uma revisão bibliográfica***. 2. 2016. <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/viewFile/4186/3279>.
13. SANTANA Fernando Alves; LAHM Janaína Verônica; SANTOS Reginaldo Passoni. Fatores que influenciam a gestante na escolha do parto. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.** Sorocaba, v. 17, n. 3, p. 123 - 127, 2015. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/download/21337/pdf>. Acesso em: 27 mar. 2020.
14. SOUSA Simônica dos Santos; FURTADO Marcela Demitto; NISHIDA Fernanda Shizue. Parto normal ou cesáreo? Fatores que influenciam na decisão de gestantes pela via de parto. **R Epidemiol Control Infec**, Santa Cruz do Sul, 6(4):163-168, 2016. Disponível em <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/download/7975/5158>. Acesso em: 24 mar. 2020.
15. SILVA, A. C. L.; FÉLIX, H. C. R.; FERREIRA, M. B. G.; WYSOCKI, A. D.; CONTIM, D.; RUIZ, M. T. Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 19, 2017. DOI: 10.5216/ree.v19.44139. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/44139>. Acesso em: 23 mar. 2020.
16. SILVA, Susanne Pinheiro Costa e; PRATES, Renata de Carvalho Gomes; CAMPELO, Bruna Queiroz Armentano. **Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante.** *Revista de Enfermagem da UFSM*, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 1 - 9, abr. 2014. Disponível em <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/download/8861/pdf>. Acesso em: 26 mar. 2020.
17. VALADÃO, Carolina Lemes; PEGORARO, Renata Fabiana. Vivências de mulheres sobre o parto. *Fractal*, **Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 1, p. 91-98, Apr. 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/fractal/v32n1/1984-0292-fractal-32-01-91.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2020.
18. VELHO, Manuela Beatriz; SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino dos; COLLACO, Vânia Sorghatto. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 2, p. 282-289, Apr. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200282&Ing=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 mar. 2020.
19. WELDER Geison Weidle; MEDEIROS Cássia Regina Gotler; GRAVE Magali Teresinha Quevedo; BOSCO Simone Morelo Dal. **Escolha da via de parto pela mulher: Autonomia ou indução?** *Cad. Saúde Colet.*, 2014, Rio de Janeiro, 22 (1): 46- 53. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00046.pdf> . Acesso em: 27 mar. 2020.

Importância do parto normal humanizado

| **Rebeca Valéria Ferreira Santos da Silva**
UNINEVES

| **Magali Andrade Diniz**
UNINEVES

| **Maria das Graças da Silva**
UNINEVES

| **Socorro Maria Ventura Pereira Oliveira**
ABENFO/PB

RESUMO

O parto normal humanizado é a passagem que marca o ponto mais importante da vida de uma mulher, onde ela se permite passar pelo processo fisiológico mais natural possível. A passagem concedida pela natureza é realizada sem marco, sem manchas adquiridas como a violência obstétrica e sem intervenções desnecessárias. Pelo contrario, é um momento onde todos param e esperam a celebração da vida. A confiança que o profissional passa nessas horas é de extrema importância para manter a tranquilidade e equilíbrio. O respeito pela decisão tomada pela futura mãe passa a coragem necessária que ela precisa para o grande momento. Essa coragem é adquirida nas consultas mensais realizadas no decorrer do pré-natal, e a família ou a pessoa mais próxima da gestante é o ponto de apoio que ela precisa. O objetivo da pesquisa é qualificar o parto normal com humanização, dando apoio a gestante na sua hora mais importante. Baseando-se na metodologia descritiva e qualitativa. Portanto o parto normal humanizado é uma via única, natural, e segura que toda mulher deve aproveitar sem medo, sem dúvidas e livre para poder desfrutar desse encontro tão aguardado que é pegar seu filho nos braços. O parto normal humanizado é uma via de parto segura e eficaz, onde uma equipe pronta, capacitada e treinada promove uma assistência com menos intervenções, procedimentos hospitalares e/ou cirúrgicos, priorizando a fisiologia natural do corpo da mulher.

Palavras-chave: Nascimento, Humanização, Obstetrícia, Mulher, Assistência.

■ INTRODUÇÃO

O parto normal é uma via natural concedida pela mulher onde através desse processo, da origem a uma vida. O parto normal é historicamente um evento fisiológico, biológico, emocional e acolhedor, é um momento de transição para toda mulher de que decide ter um filho (PINHEIRO; BITTAR, 2012).

Desde a origem do mundo, o partejar era uma atividade natural, sem intervenção hospitalar, realizada a domicílio tradicionalmente por parteiras que exerciam seu papel com todo o conhecimento que se tinha, presando pela individualidade de cada mulher. O parto traz um conceito significativo para a gestante, marcando alguns dos momentos mais importantes não só, para a parturiente, mas, para o seu parceiro e sua família, envolvendo a todos nessa hora tão importante, o nascimento de uma vida (PINHEIRO; BITTAR, 2012; VELHO; SANTOS; COLLAÇO, 2014).

O processo de nascimento por via normal oferece através das parteiras uma assistência, cuidado e atenção com o parto a domicílio, onde esse momento foi marcado pela região onde aquela recém-mãe morava. As parteiras tinham muito conhecimento, e uma vasta experiência com grávidas e seus respectivos partos. Um evento como este permite uma experiência de renascimento, pois não nasce só um filho, nasce também uma mãe. Esse partilhar de amor e conexão enriquece a todos que estão à volta (LEISTER; RIESCO, 2013).

Há uma diversidade nos tipos de partos, que com a evolução dos séculos trouxeram mais opções para a gestante. Mas, para escolher uma via de parto é importante que a gestante esteja sendo acompanhada por um profissional durante todo o seu pré-natal, para informar de forma segura uma via de parto. Pois, a expectativa de uma gestante ao escolher seu tipo de parto está relacionada às informações sobre o assunto, e muitas das vezes tais informações não são claras, objetivas e pouco acessíveis. Os tipos de parto incluem: parto a domicílio, parto normal, parto normal humanizado, parto Cesário e parto Cesário humanizado, pois, cada parto possui sua diferença, sendo que a via de parto mais segura é aquela que oferece uma assistência voltada para gestante com respeito, ética, empatia e humanização, trazendo um olhar holístico, respeitando principalmente suas decisões, e orientando-as preservando sua individualidade (OLIVEIRA *et al.*, 2002).

A gravidez é um ato que representa o início de todas as transformações na vida da mulher, que quando adquirida torna-se um grande evento particular e único. O período da gestação na vida de uma mulher começa quando ela decide gerar uma vida, onde ela passa a idealizar esse tão grande e inovador momento. Após a fecundação, ocorre a formação de um embrião, que se transformará no decorrer das semanas em um feto, onde os primeiros órgãos que aparecem no corpo do feto é o coração. E a partir, de seis semanas de gestação

é possível ouvir os batimentos cardíacos, estendendo esse período de gestação por um lapso de tempo que varia de 40 a 41 semanas finalizando no ato parto (COUTINHO *et al.*, 2014).

A placenta é um órgão importante para formação e desenvolvimento do feto durante toda a gestação, promovendo uma conexão entre mãe e filho. O bebê ao se desenvolver em bolsa denominada placenta ou bolsa das águas apresenta um líquido amniótico e duas faces, uma voltada para o feto, e a outra voltada para mãe. O cordão umbilical é responsável por promover a conexão de mãe para filho, contendo nele uma veia e duas artérias, fazendo funções como respiratória, nutritiva, excretora, endócrina e imunológica. E a partir, de seis semanas de gestação é possível ouvir os batimentos cardíacos, estendendo esse período de gestação por um lapso de tempo que varia de 40 a 41 semanas finalizando no ato parto (OLIVEIRA; XAVIER; LANA, 2002).

A humanização no parto envolve conhecimento, prática, conduta, ética, respeito e empatia, direcionando cada gestante antes, durante e após o parto, auxiliando na importância do desenvolvimento saudável que começa no pré-natal, passa pelo parto e finaliza no pós-parto. O parto normal humanizado é uma via de parto segura e eficaz, onde uma equipe pronta, capacitada e treinada promove uma assistência com menos intervenções, procedimentos hospitalares e/ou cirúrgicos, priorizando a fisiologia natural do corpo da mulher. Um parto normal com humanização começa primeiramente quando, o profissional compreende e respeita a necessidade das escolhas da parturiente para o seu parto (POSSATI *et al.*, 2017).

Justifica-se esta pesquisa devido ao parto normal humanizado ser a realização de um parto com respeito, amor, e empatia, que começa no primeiro contato com o profissional para com a gestante no intuito de passar segurança e confiança. É importante que o profissional passe para a gestante que toda essa trajetória que vem desde a gestação até o parto é de extrema importância não só para ela, mas sim para todos os profissionais que compõem a equipe da maternidade, fortalecendo o vínculo de paciente e profissional.

A pesquisa tem a seguinte questão: como o parto normal humanizado pode desconstruir paradigmas e medos passados de geração em geração? Trazendo como hipótese de que o parto normal humanizado pode ser desconstruído pela modernidade que há na área da saúde, especificamente na área da obstetria, trazendo conhecimento com base na humanização integrando nas equipes de maternidades profissionais como Doulas e Enfermeiras (os) obstetras (os).

O objetivo da pesquisa é esclarecer quais os aspectos relacionados ao parto normal com humanização, que irão possibilitar apoio a gestante. Com a especificação de tornar comum a prática do ato do parto normal humanizado, tem-se como objetivo específico: descrever novas técnicas relacionadas ao parto normal humanizado, fortalecendo o vínculo

da comunicação entre o profissional e a gestante, trazendo a importância da enfermagem para área da obstetrícia.

■ METODOLOGIA

A metodologia da pesquisa foi bibliográfica do tipo exploratória, descritiva e com abordagem qualitativa, tendo como base em diferentes artigos como: Scielo, Bvsms, Revistas brasileiras na área de enfermagem, Sites científicos voltados para pesquisas. A pesquisa teve como fonte material bibliográfico com abordagem em forma textualizada, opinativa, e foi utilizada como palavras chaves: Nascimento, humanização, obstetrícia, assistência, mulher. A pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema (explicitá-lo). Pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas, com pessoas experientes no problema pesquisado. Geralmente, assume a forma de pesquisa bibliográfica e estudo de caso (GIL, 2008). Como critérios de inclusão foram utilizados estudos de artigos completos, nos idiomas português, inglês e espanhol que atendessem ao tema proposto e como critério de exclusão, descartados artigos em que não estavam relacionados aos objetivos da pesquisa.

■ DESENVOLVIMENTO

A origem do parto normal no Brasil

O Parto normal ou vaginal como também é conhecido acontece de forma espontânea, oferecendo risco mínimo para a parturiente que se encontra em trabalho de parto e para o bebê que está prestes a nascer.

Segundo A pastoral da criança:

Entende-se por parto natural aquele realizado sem a intervenção ou um procedimento desnecessário durante o período do trabalho de parto, no parto ou pós-parto, e com o atendimento centralizado na mulher. No parto natural, a saída do bebê ocorre pelo canal vaginal, sem qualquer intervenção cirúrgica.

É uma via de parto cuja recuperação é mais rápida de acordo com a fisiologia de cada mulher e que não necessita de procedimentos invasivos. Desde as primeiras civilizações o parto e suas precauções vêm sendo exercidas por mulheres, conhecidas comumente como aparadeiras, comadres ou parteiras. Estas parteiras detinham um conhecimento empírico e prestava assistência à domicílio durante todo o desenvolvimento gestacional das mulheres, englobando parto e puerpério estendendo-se aos cuidados com o recém-nascido (BRENES, 1991).

O parto normal no final do século XIX, no Brasil, na maioria das vezes era realizado à domicílio com ajuda de parteiras. Partos assim aconteciam com frequência e era visto pela população como algo normal, pois, era cultura dar a luz de tal modo e em algumas vezes tinha um acompanhante para dar apoio e ajudar no parto. Não havia um lugar adequado, um médico pronto para realizar o parto, nem um enfermeiro para auxiliá-lo, paramentação específica e segura, muito menos instrumentação. Só havia uma parteira, e em alguns casos um ajudante para realizar tal procedimento (LEISTER; RIESCO, 2013).

As mulheres antigamente se valiam de rezas, benzimentos, de instrumentos do mundo domésticos, como a bacia e a tesoura, para cortar o cordão umbilical, a garrafa de cachaça para limpar a tesoura, azeite, óleo ou banha para massagens. Circunscrito ao âmbito domiciliar e culturalmente imerso em tradições, rituais e crenças, todo o processo do parto e do nascimento era atendido pelas parteiras. Tais parteiras detinham a total confiança para consultar as mulheres locais sobre assuntos relacionados ao parto, cuidados com o corpo, doenças venéreas, prática do aborto e até mesmo a colaboração dessas profissionais para realizar o infanticídio. As mesmas na maioria eram mulatas ou brancas e portuguesas que pertenciam aos setores populares (BRENES, 1991).

A parturiente só era encaminhada se apresentasse alguma complicação, e em muitas situações não dava tempo de chegar ao hospital, chegando a acontecer óbito da criança porque entrou em sofrimento fetal, ou mãe e filho, pois, a assistência naquela época era bem precária (LEISTER; RIESCO, 2013).

Ao longo dos anos, o que era parto doméstico e sem total preparação. Dá-se um início a novas pesquisas e possibilidades de serem estudados nas universidades avançando a medicina para a hora do parto normal (BRENES, 1991).

Segundo Leister e Riesco:

Nessa época, o ambiente hospitalar não constituía um lugar seguro para mulher dar a luz. Em São Paulo, em apenas 1894 foram instalados leitos obstétricos na maternidade São Paulo, onde os partos normais eram realizados por parteiras e os complicados por médicos.

No tocante a medicina, como instituição adquiriu a data da prática, como atribuição intitulada arte obstétrica e os médicos titulouse de medico parteiro. Tal processo primeiramente aconteceu na Europa nos séculos 17 e 18 estendendo-se ao Brasil, advento que permitiu a abertura de medicina e cirurgia no Rio de Janeiro e Bahia no ano de 1808. O momento principiológico da medicina neste espaço inaugurou-se não só a experimentação clínica articulando com o discurso anatomo-patológico, como também a produção de um discurso com a parição da figura masculina na prática obstétrica (BRENES, 1991).

No início do século XX, veio à modificação, o que antes era parto em domicílio, finalmente, podia ser parto hospitalar, havendo assim uma grande melhora nos costumes das mulheres daquela época. Começou ser acessível à ida ao hospital, podendo ter consultas com médicos obstetras e seus filhos ao pediatra, tendo acesso a medicamentos e exames. Havendo assim uma melhora que com o passar das décadas tornou-se gradativa (LEISTER; RIESCO, 2013).

Parto normal x Cesárea: Predileção da Cesárea no Brasil

O parto normal é caracterizado como forma de trazer benefícios, para mãe e bebê. Pois, além de ser um ato normal e natural da mulher traz uma serie de benéficos incluindo a recuperação e a estabilidade da saúde tanto da mãe quanto do bebê (SEDICIAIS, 2020). E por sua vez se comparado com a cesariana que possui vantagens para mãe no sentido de poder saber data e hora da chegada da criança, ela conta com a organização física e psicológica da futura mãe. Trazendo benéficos para aquela que possui algum tipo de doença que pudesse bloquear ou até mesmo dificultar esse momento tão esperado. Diante disso, a comparação entre ele está sempre no melhor conforto e prioridade na qualidade de vida da mãe e do bebê, cogitando sempre no benefício que o parto normal traz, mas, para isso é necessário um acompanhamento e a segurança entre as partes profissionais e mãe para que todas as lendas históricas sejam dissipadas a ponto da futura mãe sempre optar pelo parto e deixar a cesariana para uma eventual complicação. As junções dos partos variam entre si, pois, cada um tem suas particularidades, seus objetivos e um único fim (SEDICIAIS, 2020).

De maneira em geral o parto é dividido em dois tipos: parto normal e cesáreo. O parto normal ocorre de maneira natural e espontânea pela via vaginal. A cesariana é o procedimento realizado com a intervenção médica, ou seja, a utilização do bisturi no corte da barriga da parturiente realizando assim a abertura em camadas (SANTOS,2021).

Para aquelas mães que estão em duvidas de qual parto escolher mesmo assim preferem parto normal elas podem optar pela anestesia no parto normal para não sentirem dor e poder se concentrar no tão sonhado encontro. Porem tem aquelas mãe e que já são decididas na questão do parto a ponto de não quererem receber a anestesia peridural e levar essas horas como símbolo de guerra e bravura marcando assim a sua valentia na hora do parto. E esse ato de naturalização possível tem nome na saúde como parto natural humanizado (SEDICIAIS, 2020).

Quadro 1. Indicações dos tipos de parto.

Parto normal	Parto Cesárea
Recuperação rápida	Recuperação lenta
O trabalho de parto é mais longo, em alguns casos, podem durar 12 horas.	A cirurgia demora, em média uma hora.
Menor risco de infecção	Maior risco de infecção.
Não há dor pós-parto	Há dor no pós-parto.
Pode ser feito sem anestesia ou com anestesia em dosagem menor.	O procedimento é feito com anestesia raquiana ou peridural.
Há compressão da caixa torácica, que libera o líquido dos pulmões dos bebês.	Não há compressão da caixa torácica, o que aumenta risco de doenças respiratórias nos bebês.
A cada parto normal, o processo é mais rápido e simples que o anterior.	A cada cesariana, o processo é mais complicado que o anterior.

Fonte: brasil.babycenter.com.

O parto normal acontece de maneira espontânea respeitando o processo fisiológico de cada mulher e ocorre entre 37 e 41 semanas, por via vaginal. Segundo o ministério da saúde, esse tipo de parto é mais seguro e o mais incentivado, caso não aconteça nenhuma intercorrência com mãe e/ou criança. Esse tipo de parto traz a segurança e a diminuição de riscos como, por exemplo: infecção, hemorragia e nascimento prematuro do bebê (SANTOS, 2021).

Para as mães que mesmo com todo o conhecimento ainda assim optarem pela cesárea elas também terão algumas estratégias para aliviar o desconforto pós- parto. Para a área de saúde a cesárea é indicada em casos extremos como: gravidez de gêmeos quando o primeiro feto está pélvico ou em alguma apresentação anômala; sofrimento fetal agudo; bebês na posição transversal ou sentado; placenta prévia, descolamento prematuro da placenta ou posição anormal do cordão umbilical; malformação congênita; problemas maternos como AIDS, herpes genital, doenças cardiovasculares ou pulmonares graves ou doenças inflamatórias intestinais; realização de duas cesarianas anteriores. Além disso, a cesariana também está indicada quando se tenta induzir o trabalho de parto através de remédios e este não evolui (SEDICIAIS, 2020).

Segundo Santos (2021), o parto Cesário é aquele que envolve procedimentos cirúrgicos para o nascimento do bebê. Esse tipo de parto é indicado nos casos em que a mãe possa comprometer a criança em relação ao parto saudável. Também se encaixa para aquelas mães que possuem algum tipo de patologia que comprometa o parto normal. A cesariana não é recomendada em todos os casos, pois, apresenta maior risco de complicações como infecções, hemorragias e apresenta um maior tempo de recuperação. As informações divulgadas com relação à humanização do parto ainda passam pelo processo de desmistificação, pois ainda continua com aquela certeza de conforto e tranquilidade do parto cesariana e dor e sofrimento no parto normal. A cesariana é apresentada como a opção de parto mais

segura e esse conceito ele resiste até os dias atuais, chamada como forma prática e saudável para toda uma geração de mulheres , o famoso “parto industrializado”. No sistema único de saúde (SUS) essa cirurgia é feita em 56% dos nascimentos, e na saúde suplementar supera a inacreditável marca de 80%. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que esse número não passe de 15%. Tais dados divulgados com porcentagens alarmantes apenas confirmam a predileção da cesariana sendo ela realizada no público ou no privado, tanto por ser o meio indicado para salvar vidas como por ser procedimento responsável por diminuir consideravelmente a mortalidade materna infantil no mundo (DUARTE, 2019).

O Brasil possui um dos índices de maior repercussão mundial, chegando a atingir a margem de mais da metade do esperado em parto Cesário. As últimas três décadas, o setor de serviços suplementar (ANS) colaborou com os valores crescentes no setor de saúde. Portanto, o Brasil é um dos países de maior incidência de cesarianas eletivas no mundo, sendo que desde a década de 1970 esse número vem elevando-se cada vez mais (VICENTE; SILVA; LIMA, 2017).

Humanização no parto

A humanização no que concerne o parto á necessidade de uma visão compreendida de experiência humana com objetivo de acolher, ouvir, orientar e criar vínculos, e esses objetivos são fundamentais nos cuidados as mulheres. Segundo o ministério da saúde OMS (2012),

O objetivo do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhante pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos da cidadania.

Portanto, a humanização conceitua o envolvimento de práticas e atitudes dirigidas ao conhecimento nos processos de parto e nascimento, respeitando a individualidade e valorizando as mulheres. Tal conceito também é conhecido e adotado pelo Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN) o qual foi constituído em 2000, com o intuito de qualificar a atenção pré- natal que tange ao seu acesso e cobertura, mas, também aprimora a atenção dos respectivos processos partutivos e puerperal (POSSATI *et al.*, 2017).

O PHPN traz fundamentos nos conceitos de que a humanização na assistência obstétrica e neonatal é a primeira condição para um acompanhamento adequado no parto e puerpério. A humanização está fundamentada em dois aspectos. Sendo que o primeiro é o dever das unidades de saúde receber a gestante com respeito e dignidade, não só a mesma, mas também seus familiares, e o recém-nascido que está prestes a nascer. Tal atitude requer um atendimento ético e solidário por parte dos profissionais da saúde cabendo a instituição promover um ambiente acolhedor e instituir nos hospitais a quebra de um

tradicionalismo frio, isolando e impondo regras a gestante. O segundo aspecto refere-se nas medidas e procedimentos que sabiamente tragam benefícios para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando assim que práticas de intervenções médicas ocorram desnecessariamente (OMS, 2012). Diante disso a humanização que define o Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN), abrange a tríade de mulher, bebê e família como também se estende as práticas e procedimentos para o acompanhamento do parto e do nascimento (POSSATI *et al.*, 2017).

A expressão humanizar possui um significado atual na saúde, reconhecendo os direitos da mãe e do bebê na assistência. O conceito de humanizar na prática é garantir uma melhor integralidade na assistência para mãe e bebê com todo o atendimento necessário que ambos precisam. A principal preocupação da mulher na hora do parto é sentir dor incontrolável na hora do parto natural, a humanização chega no momento primordial com métodos não farmacológicos, como caminhada, banho de imersão, acupuntura e massagens (OLIVEIRA, 2017).

Segundo Sedicias (2021), a humanização no parto é a prática em que a mulher tem total controle sobre como vai ser o seu parto e sobre como e qual posição a mesma sinta-se confortável para o nascimento do bebê. É importante que a gestante decida como quer seu parto, por meio de orientações dos profissionais durante o pré-natal e por meio de um plano de parto. É indispensável durante o parto a presença de um obstetra e sua equipe para garantir segurança para mãe e bebê, mesmo quando a gestante deseja pouca ou nenhuma intervenção médica no momento do parto.

O parto humanizado é saber acolher, ter empatia, respeitar e apoiar a gestante, fornecendo uma experiência agradável, confortável, segura e tranquila. Tal prática traz benefícios como: diminuição dos níveis de estresse e ansiedade; recém-nascido calmo; aleitamento materno prolongado; redução de riscos de depressão pós-parto; laço afetivo forte; redução de risco de infecção .

Figura 1. Parto Humanizado.



Fonte: gruponascercuritiba.com.

Segundo Sediciais (2020) “ O parto humanizado é um parto em que a grávida tem controle e decisão sobre todos os aspectos do trabalho de parto como posição, local do parto, anestesia ou presença de familiares, e onde o obstetra e a equipe presente coloca em prática as vantagens e decisões da gestante, colocando em primeiro lugar a segurança e a saúde da mãe e do bebê. ”

A Enfermagem na obstetrícia

Na antiguidade o parto tinha uma visão diferente dos dias atuais, era quase como um ritual, realizado por curandeiros, parteiras e até mesmo comadres, que conhecia o processo e passavam confiança para a mulher na hora do parto e puerpério, de acordo com suas experiências. O atendimento ao nascimento naquela época era desvalorizado pelo profissional na área médica, sendo deixado aos cuidados femininos, o descaso dessas atividades ocorreram com a invenção dos fórceps obstétricos pelo cirurgião inglês Peter Chamberlen no final do século 16 e consequente intervenção médica. Outra mudança no processo de parir foi à modificação da posição da mulher na hora do parto, que passou de vertical para horizontal no século 17, com a certeza de que a posição reclinada seria mais confortável para a parturiente e para o profissional assistente ao parto (SENA *et al.*, 2012).

A enfermagem teve repercussão com o trabalho de Florence Nightingale na guerra da Criméia (1854-1856). Com isso começaram a surgir as dificuldades para poder trabalhar na hora do parto, as enfermeiras tratavam as parteiras como supersticiosas, leigas e pouco higiênicas, compartilhando assim a visão nada clássica em relação a área médica , em contra partida as parteiras acreditavam que as enfermeiras eram assistentes de médicos(SENA *et al* , 2012).

Como se não bastasse toda aquela dúvida de informações entre as gestantes, as enfermeiras e os médicos. Surge à terapêutica empregada para desmistificar sobre o posicionamento do enfermeiro e a importância desses profissionais e o espaço encontrado foi na área terapêutica medicinal com ervas passando-se alguns anos com a aparição dos jesuítas que faziam a supervisão do serviço que era prestado por pessoas treinadas por eles. Outra figura em destaque é Frei Fabiano de Cristo, que exerceu a profissão de enfermeiro durante 40 anos no convento de Santo Antônio do Rio de Janeiro (século 18). Só em 1738 Romão de Matos Duarte consegue fundar a casa dos expostos localizada no Rio de Janeiro. É em 1822, foi o destaque do Brasil por tomar as primeiras medidas de proteção á maternidade muito conhecida na legislação mundial fortalecida por José Bonifácio Andrade (UNIFAP,2021). Só em meados do século 19, foi regulamentado o Ensino da Enfermagem no Brasil, profissão que naquele tempo sofreu inúmeras modificações garantindo espaço e respeito no âmbito da saúde, principalmente no que concerne a saúde da mulher. Porém,

no decorrer das décadas, a enfermagem obstétrica perdeu espaço para procedimentos médicos invasivos, contrariando a evolução natural do nascimento e tornando-se secundária nesse processo, já que o ciclo gravídico-puerperal fora tratado como patológico. Para mais informações a respeito deste contexto, a Organização Mundial (OMS), lançou o projeto maternidade segura, oferecendo assistência ao parto com menos intervenções e mais humanizado. Atualmente, com essa perspectiva de tornar o parto mais natural possível, respeitando todos os seus estágios, a enfermagem obstétrica retorna de forma gradual seu espaço, seja na qualidade da assistência prestada ou pela contribuição acadêmica (SENA *et al.*, 2012).

A história da enfermagem possui raízes profundas se comparada com a história dividida entre antes e pós-guerra mundial. No Brasil, não foi diferente, a história da enfermagem obstétrica marcou um caminho árduo e lento repleto de conquistas e dificuldades para tão sonhada carreira de enfermagem, exercendo papel no processo de humanização e desmedicalização (SENA *et al.*, 2012).

Obstetrícia ou obstetrix são palavras que derivam do latim, que significa parteira. A obstetrícia é o ramo da medicina que traz a inclusão de gravidez, parto e puerpério, tanto em condições normais ou anormais. Em épocas passadas, o partejar tinha assistência somente de parteiras, curandeiras ou comadres, pois foi com as experiências dessas mulheres que se iniciou o atendimento a gestante, e as mesmas acompanhavam antes, durante, e pós-parto, cuidando não somente da parturiente, mas sim do recém-nascido e da casa dessas mulheres (SILVA, 2016).

Desde 1998, o Ministério da Saúde vem desempenhando um papel importante no quesito de aprimoramento de cursos de especialização obstétrica mediante convênios com universidades e secretarias de saúde em todos os países. Iniciativa tal, que constitui um marco nacional no projeto de capacitação de enfermeiras para a assistência materna e perinatal. A discussão referente à humanização e seus desígnios como a autonomia e direito da população, ganham enfoque nos demais setores da saúde. Principalmente na assistência à mulher. Para isso conta com o apoio do Ministério da Saúde, que lançou em junho de 2020, um Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), assistência ao parto e puerpério, as gestantes e ao recém-nascido (SENA *et al.*, 2012).

A formação de obstetrixes e enfermeiros obstetras é criar e ampliar os serviços de cuidado ao parto, e essa especialização e formação inseri vastos benefícios no acolhimento e assistência a gestante, tanto novos profissionais, como os já existentes, é de extrema priorização esses profissionais da obstetrícia. Enfermeiros obstetras e obstetrixes devem ser inseridos não só no Sistema Único de Saúde (SUS), mas também nos outros serviços de atenção ao parto, embora num primeiro momento esses profissionais sejam mais necessários

emergencialmente, na redução de urgente da violência obstétrica e do excesso de cesáreas eletivas (NORMAN; TESSER, 2015).

Segundo Silva (2015), no Brasil os estudos mostram a importância da presença de enfermeiros e enfermeiras obstetras reduzindo o excesso de cesarianas desnecessárias. Em maternidades onde têm a assistência desses profissionais no parto, houve uma redução na taxa de cesariana que é de 78%, comparando aos hospitais onde não há presença desses profissionais no momento do parto, e com base em estudos apenas 16% dos partos no país são assistidos por enfermeiros e enfermeiras obstetras.

A presença do enfermeiro obstetra é primordial no campo de atuação ocupado pelos médicos. Pois, tem provocado embates entre respectivas categorias, dificultando a implantação da política da humanização e a efetiva inserção da enfermagem na prática. O que vem ser alegado nesse contexto é que nenhum profissional é superior ao outro, ou mais importante, o objetivo a ser mostrado é que ambas as profissões podem ser executadas para o mesmo fim. Por isso ao longo dos anos a sociedade passou a valorizar e respeitar a enfermeira obstetra, considerada em sua atuação o parto como acontecimento fisiológico, humanizado e com qualidade. Refletindo na diminuição de cesáreas e morbimortalidade materna e neonatal garantindo assistência prestada e rotinas institucionais inseridas no contexto da humanização do parto e nascimento (SENA *et al.*, 2012).

Segundo Silvana Granado destaca na sua palestra que desde de 1986, os enfermeiros e obstetras estão assegurados para promover assistência a parturiente no parto normal, identificando dificuldades encontradas na evolução de um trabalho de parto e tomar as devidas providências caso tenha complicação até a chegada do médico. O Ministério da Saúde prevê na tabela existente do SUS, que desde 1998, o pagamento de parto normal, é realizado por enfermeiros obstetras com maior satisfação das mulheres, apresentando nenhum prejuízo nos desfecho materno e pré-natal (SILVA, 2015).

O presente contexto da obstetrícia no Brasil, que possui uma política orientada pelo paradigma humanístico, a tecnologia alternativa utilizada no atual modelo é incentivada com base em evidências científicas, as enfermeiras obstetras passaram a utilizar técnicas favoráveis, a evolução fisiológica do trabalho de parto e práticas não farmacológicas para o alívio da dor. Portanto, torna-se cada vez mais imprescindível a atuação da enfermagem obstétrica nos variados campos de saúde, fazendo com o que os profissionais desta área busquem por aperfeiçoamento pra assim obter o destaque tão desejado, da assistência á mulher (SENA *et al.*, 2012). No hospital Sofia Feldon, em belo horizonte, gestantes que apresentam baixo risco são atendidas por enfermeiras obstetras em casa de parto normal e as mesmas só são removidas para a maternidade se desejarem a anestesia, ou quando surge alguma intercorrência, quando passam a ser atendidas por médicos obstetras. Houve

uma melhora no número de episiotomias que é o corte feito entre a região do ânus e da vagina durante o parto normal, essa prática foi reduzida drasticamente, havendo hoje só em 4% dos partos. Nos anos 90, as episiotomias eram práticas em 60% dos nascimentos por parto normal, segundo diretor clínico do hospital, João Batista Marinho de Castro Lima ao blog materna que os dados mostram que a queda mais drástica ocorreu nos anos 98 e 99 quando em plantões, caindo à porcentagem para 10%. De acordo com João Batista as práticas nessa área deixaram de serem rotineiras as lacerações que ocorrem naturalmente provocam uma lesão mais simples do que a episiotomia, e reforça a importância desses profissionais para a gestante (SILVA, 2015).

A enfermagem no Brasil foi marcada no século 19 com a educação profissional das parteiras, junto as escolas médicas, que controlaram sua formação. Mas, foi em 1832, que surgiu primeiro documento legal sobre o ensino das parteiras quando as academias médico-cirúrgicas do Rio de Janeiro, e Bahia foram transformadas em Faculdades de Medicina. Pois, anteriormente as parteiras deveriam ter uma carta de exame cedida pelo físico-mor ou cirurgião. Todo o controle sobre os exercícios dessa profissão era exercido pelos médicos (SENA *et al.*, 2012).

O objetivo de receber uma licença especial para o ofício de parteira não era simples, pois a mesma precisava comprovar suas experiências e habilidades que deveriam ser comprovadas através de uma carta expedida pelo Físico mor da região onde morava. Os exames para obter a legalidade da profissão parteira eram marcados para comprovação e avaliação das habilidades, para isso as parteiras passaram pela avaliação de uma banca composta por dois cirurgiões aprovados ou por um cirurgião e uma parteira aprovada era feitas perguntas teóricas e práticas para as candidatas, após exame esse documento era registrado em cartório sendo enviado para o Físico mor do Rio de Janeiro. Depois de a parteira conseguir aprovação e possuir nas mãos o documento a mesma deveria fazer um juramento sobre os Evangelhos, na câmara municipal de onde morava (MESQUITA, 2014).

Anos depois, a titularização obstetra das enfermeiras já foi atribuída as formadas do curso de obstetrícia da Faculdade de Obstetrícia e Cirurgia do Pará, em 1922 e 1925. Só em 1955, foi sancionada a lei 2.604 que vem regular o exercício da enfermagem ao mesmo em que vêm diferenciar a obstetra das outras categorias, atribuindo-lhe as atividades exclusivas. É necessário notar que a elevada taxa de morbimortalidade materna e perinatal e o número excessivo de cesarianas no país sobrecarregaram os sistemas social e financeiro. Tornando-se a capacitação de profissionais obstetra prioritária dentro das políticas públicas. Contudo, o Ministério da Saúde (MS), em 1984, implantou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) com o intuito de incluir a assistência à mulher em todas as etapas

de sua vida baseado nos princípios do direito à saúde da integralidade da assistência e da equidade de gênero (SENA *et al.*, 2012).

Métodos para o alívio da dor no parto

Musicoterapia

A música passa uma assistência para o cotidiano da maternidade e seus respectivos partos, em várias circunstâncias o uso de medicamentos tem trazido, mais prejuízos do que benéficos às pessoas. Decorrido em situações de trabalho de parto, uma vez que sabemos ser este um fenômeno fisiológico, podendo, aproximadamente 90% dos casos ter um desfecho natural (TABARRO *et al.*, 2010).

Segundo a Federação Mundial de Musicoterapia (1996):

Musicoterapia é a utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia, e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, em um processo para facilitar, e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar as necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou reestabelecer funções do indivíduo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e interpessoal e conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento.

Portanto, a musicoterapia também é uma ciência discutida e organizada desde o século XX, com afinidade de estudar os efeitos terapêuticos da música nos seres humanos. (TABARRO *et al.*, 2010).

Aromaterapia

A aromaterapia tem como conceito a prática terapêutica que utiliza propriedades dos óleos essenciais (OES), auxiliando na recuperação e harmonização do equilíbrio do organismo, proporcionando saúde física e mental. Os OES são compostos voláteis concentrados, formando a partir de substâncias extraídas de plantas aromáticas e medicinais (PAVIANI; TRIGUEIRO; GESSNER, 2019).

Os óleos mais usados e mais eficazes para o parto são os de jasmim e lavanda, eles são testados e conhecidos como verdadeiramente úteis. O óleo de jasmim e lavanda oferecem benefícios diferentes embora algumas de suas substâncias coincidam e ambos são analgésicos, o óleo de jasmim intensifica as contrações, acelerando o trabalho de parto. O óleo de lavanda traz o seu aroma e frescor singular, pode ser usado de várias formas, durante o trabalho de parto o óleo de lavanda reduz a dor e o seu efeito calmante tem ação de relaxamento

emocional da parturiente. A lavanda traz equilíbrio e aconchego para o ambiente de parto, proporcionando a redução da ansiedade e harmoniza as emoções (STANGE, 2018). Os óleos aplicados podem ser por meio de massagens, inalações, perfumaria de ambiente, esquadra-pés, banheiras de assento e compressas. O uso dessa ciência durante o trabalho de parto está aliado diante das percepções dolorosas e psicológicas, estão relacionadas ao momento de estresse. Para o desenvolvimento adequado do trabalho de parto, é essencial propiciar o bem estar físico e emocional da parturiente. O parto humanizado compreende cuidados individualizados centralizados a mulher, sustentado por práticas baseadas em evidências e pelo respeito à evolução fisiológica do parto (PAVIANI; TRIGUEIRO; GESSNER, 2019).

■ CONCLUSÃO

Conclui-se que no decorrer dos avanços o parto humanizado tornou-se uma prática segura para as mulheres que desejam o almejado parto normal. O parto desde primeiras civilizações contava como única via de parto, e era realizado por parteiras, que detinham um conhecimento avançado para aquela época, conhecimento esse que foi passado de geração em geração.

Em 1980 iniciou a prática humanizada em resposta a violência obstétrica e no aumento de cesáreas eletivas. A humanização traz um conceito livre que vai muito além de práticas não medicalizadas e métodos não farmacológicos, a humanização começa no respeito à escolha que a gestante faz, na diminuição da mortalidade materno infantil, na redução da violência obstétrica. Estudos comprovam que os enfermeiros obstetras e obstetras, no parto normal humanizado e cesárea humanizada trazem benefícios consideráveis para a obstetrícia e para sociedade, essa profissão ganhou espaço não só nos hospitais, mais também no acompanhamento a gestante no pré-natal e a domicílio também, esclarecendo dúvidas e promovendo uma assistência humanizada.

A humanização no parto normal conta com práticas não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto, como: musicoterapia, hipnoterapia, aromoterapia, acupressão e acupuntura.

Portanto, a humanização oferece um conceito totalmente livre e respeitoso, entendo a fisiologia natural da mulher e a individualidade de cada gestante e de seus respectivos partos.

■ REFERÊNCIAS

1. BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. saúde pública**, Scielo Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.135-149, June 1991.
2. BARROS, L. P. et al.,. O parto humanizado e o seu impacto na assistência a saúde. **Resu-Revista educação em saúde**. v3, n2, 2015.
3. COUTINHO, E.C, et.al, Gravidez e parto; o que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mãe. São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.48, n. 2, 2014.
4. DUARTE, A. C. **A visão brasileira sobre o parto humanizado está desejustada**. 2019.
5. DUARTE, M. R. et al., . Tecnologia do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento. **Cogitare enferm**, 24, Rio de janeiro,2019.
6. FEDERAÇÃO MUNDIAL DE MUSICOTERAPIA. Musicoterapia. **Rev. Bra**, 1996.
7. GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.
8. LEISTER, N.; RIESCO, M.L.G. Florianópolis. Assistência ao parto: História oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Artigo original scielo** v. 22, n.1,p.166-74, jan-mar 2013.
9. MESQUITA, E. C. **“Entre práticas e saberes.”** Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife-PE, 2014.
10. NORMAN, A. H. ; TESSER, C. D. Obstetizas e enfermeiras obstetras no sistema único de saúde e na atenção primária á saúde: uma incorporação sistêmica e progressiva. **Rev. Brasilia de medicina**. Rio de janeiro, jan-mar,2015.
11. OLIVEIRA, S. M. J. V; RIESCO, M.L. G; MIYA, C.F. R; VIDOTTO, P. Ribeirão Preto. Tipos de parto: expectativas das mulheres. **Rev. Latino-M.Enfermagem** v.10, n.5, sept/oct 2002.
12. OLIVEIRA, L. H; XAVIER, C.C; LANA, A.M.A. Alterações morfológicas placentárias de recém-nascidos pequenos para idade gestacional. **J.pediatr**. v.78, n.5, Porto Alegre, sept./oct. 2002.
13. OLIVEIRA, V. F.S. Benefícios do parto humanizado com a presença do acompanhante. **Rev. Saúde em Foco**, edição n 9-2017.
14. PAVIANI, B. A. ; TRIGUEIRO, T. H. ; GESSNER, R. O uso de óleos essenciais no trabalho de parto e parto: revisão de escopo. **Rev. Mineira de enfermagem**, 2019.
15. POSSATI, A. B. et al., . Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Esc. Anna Nery**, Rio de janeiro, v.21, n, 4, 2017.
16. SANTOS, V. S. **Parto**. Biologianet/ Embriologia e reprodução humana/ gravidez e seus acontecimentos/parto. Rede omnia, 2021.
17. SEDICIAS, S. Diferenças entre Parto normal ou cesáreo e como escolher. **Tua saúde**, janeiro de 2020.

18. SEDICIAS, S. Parto humanizado: o que é e 6 principais vantagens. **Tua saúde**, março, 2021. SENA, C.D.; SANTOS, T.C.S.; CARVALHO, C.M.F.; SÁ, A.C.M.; PAIXÃO, G.P.N. Avanços e retrocessos da Enfermagem obstétrica no Brasil. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (REUFMS)** v.2, n.3, 2012.
19. SILVA, D.S.B. **A história da formação da enfermeira obstétrica**. São Paulo, 35 f. monografias. Brasil escola, 2016.
20. SILVA, P. Importante matéria sobre as enfermeiras obstetrizes no SUS na ultima edição da **Rev. rodís**. Rede humanizar SUS. Janeiro, 2015.
21. STANGE, M. **Aromaterapia e parto**. Básico aroma, Rio de janeiro, 2018.
22. TABARRO, C. S. et al., . Efeito da Música no trabalho de parto e no recém-nascido. **Rev.esc. enferm. USP** v.44, n.2, june 2010.
23. UNIFAP. **História da enfermagem**. Universidade federal do Amapá, 2021.
24. VELHO, M.B; SANTOS, E.K. A; COLLAÇO, V.S. **Rev.Bras.Enferm.** v.67, n.2 Brasília. Mar/ Apr. 2014.
25. VICENTE, A. C. ; LIMA, A. K. B. ; LIMA, C. B. Parto Cesário e Parto normal: uma abordagem acerca de riscos e benefícios. **Tema em saúde**, v. 17, n.4, João Pessoa, 2017.

Vivência da mulher no parto domiciliar planejado: um estudo fenomenológico

| **Anna Maria de Oliveira Salimena**
UFJF

| **Zuleyce Maria Lessa Pacheco**
UFJF

| **Ludimila Brum Campos Sampaio**
UFJF

| **Thais Vasconcelos Amorim**
UFJF

| **Angela Maria e Silva**
UFRJ

| **Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva**
UFJF

| **ValdecyrHerdy Alves**
UFF

| **Ívis Emília de Oliveira Souza**
UFRJ

| **Diego Pereira Rodrigues**
UFPA

RESUMO

Objetivou-se compreender os significados da mulher na vivência do parto domiciliar planejado. Estudo qualitativo de abordagem fenomenológica na perspectiva teórico-metodológica Heideggeriana. Nove participantes foram entrevistadas no período de setembro de 2016 a março de 2017. Foram significados a violência obstétrica sofrida no parto anterior e o medo de não conseguir ter o parto em casa e ter que ir para o hospital como motivo de escolha pelo parto domiciliar planejado. Evidenciou-se o desvelamento do horror e pavor frente ao medo expresso, retratando os sentimentos de quem opta pelo parto domiciliar frente à realidade obstétrica hospitalar. O parto domiciliar planejado é opção de escolha para mulheres que buscam a humanização no parto. Aponta-se a necessidade de implementação do parto domiciliar pelo Sistema Único de Saúde e a premência do cuidado obstétrico hospitalar baseado nas boas práticas para que se tenha uma experiência de parto positiva nesse cenário.

Palavras-chave: Saúde da Mulher, Parto Domiciliar, Parto Humanizado, Humanização da Assistência.

■ INTRODUÇÃO

O processo de institucionalização e medicalização do parto no século XX transformou o parto natural, fisiológico, íntimo e feminino em um processo patológico, público e institucionalizado refletindo ao longo dos anos nos altos índices de cesarianas e na desumanização da assistência obstétrica (SANFELICE, *et al.*, 2014a; VENDRÚSCULO; KRUEL, 2015).

O percentual de cesariana aumentou em todo o mundo, ficando entre 20% e 22% na Europa, 32,8% nos Estados Unidos e superior a 50% no Brasil que, além de receber o título de campeão mundial de cesarianas, ultrapassou demasiadamente a taxa de cesárea recomendada pela Organização Mundial de Saúde de 10% e 15% revelando que a assistência obstétrica ofertada no país está expondo mulheres e bebês à riscos desnecessários e contribuindo para o aumento da taxa de mortalidade perinatal (BRASIL, 2015; CURSINO; BENINCASA, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

A assistência obstétrica no Brasil é predominantemente hospitalizada. Dentre os 53.682.076 nascidos vivos no Brasil entre os anos 1994 e 2011, 639.155 correspondia ao parto domiciliar, ou seja, 1,19% apenas (CARVALHO *et al.*, 2014). Todavia, em países como Canadá, Austrália e Holanda, o parto domiciliar é tido como uma opção habitual. Na Holanda, por exemplo, os nascimentos em casa chegam a 30% (PARIS *et al.*, 2014).

Estes países consideram o parto domiciliar uma modalidade tão segura quanto o parto hospitalar. Uma experiência positiva para as mulheres e familiares, além de ser um serviço potencialmente menos oneroso ao Estado sendo por isto reconhecido e estimulado pelo sistema público de saúde (SANFELICE; SHIMO, 2014b).

No Brasil, a mulher que desejar ter um parto no domicílio de forma planejada terá que arcar com os custos financeiros, pois este não faz parte das políticas atuais de saúde do país e, portanto, não é viabilizado pelo Sistema Único de Saúde. Desse modo, o direito de escolha do local de parto no Brasil não é uma realidade para todas, ele se restringe àquelas mulheres que podem pagar por tal assistência (BRASIL, 2017).

O modelo tecnocrático e hospitalocêntrico vigente desde o século XX, transformou o parto natural em ato médico e a mulher em objeto e não mais sujeito e protagonista do próprio parto. E, é esse cenário de medicalização, desumanização da assistência e altos índices de cesariana que tem contribuído para que as mulheres questionem esse modelo (BRASIL, 2014).

Nesse movimento, a busca de mulheres por um parto que reconsidera o seu protagonismo, valores, direitos e proporciona segurança, confiança e respeito durante a vivência do parto foi crescendo e, conseqüentemente, a busca pelo parto domiciliar, pois vê nele possibilidade de se ter o parto humanizado (PERUCHIN; SILVA, 2019).

Visto que a taxa de parto domiciliar planejado no Brasil é baixa, a produção científica nacional que retrata este parto ainda é limitada. Considerando ser importante a compreensão da subjetividade na vivência do parto domiciliar planejado e que a produtividade em pesquisas que retratem essa temática é tímida, sobretudo na abordagem fenomenológica heideggeriana, considerou-se pertinente a realização do estudo acerca dos significados da mulher na vivência do parto domiciliar planejado para se ter a compreensão do *ser* que vivencia este fenômeno.

Embora não seja inserido no Sistema Único de Saúde no Brasil, o parto domiciliar planejado é visto como um caminho para a inversão do modelo que banaliza as subjetividades, individualidades e necessidades do sujeito (SANFELICE; SHIMO, 2015) e, diante da desumanização da assistência obstétrica que vigora no país, a partir da institucionalização do parto, inquietou-se por compreender como as mulheres significam a vivência do parto domiciliar planejado.

Essa compreensão possibilita aos profissionais que assistem o parto no ambiente domiciliar ou hospitalar, no qual médicos, obstetras e enfermeiros obstetras estão inseridos, olhar atento à singularidade e reais necessidades do *ser* que vivencia o parto e também uma reflexão e um redirecionamento de sua prática para uma atenção que vá ao encontro das políticas governamentais para que se tenha uma assistência humana e um desfecho positivo do parto.

Diante do exposto, o estudo objetivou compreender os significados da mulher na vivência do parto domiciliar planejado.

■ MÉTODO

Estudo de natureza qualitativa buscou dar voz à mulher que vivencia o parto domiciliar planejado, sustentado na abordagem fenomenológica de Martin Heidegger (HEIDEGGER, 2015). Essa abordagem se mostrou como método apropriado diante do objetivo a ser alcançado por ser concebida como uma proposta de compreensão do humano por ir além da explicação dos fatos ao focar o significado que as pessoas dão às coisas e às suas vidas. Tal abordagem permite mostrar, descrever e compreender os fenômenos vividos que se expõem e se expressam por si mesmos (HEIDEGGER, 2015).

O estudo se deu por amostra selecionada a partir da técnica de bola de neve, na qual membros de um movimento social indicaram mulheres que passaram pela vivência do parto domiciliar planejado e estas indicavam outras mulheres que também passaram por esta experiência (COSTA, 2018).

O convite foi realizado às potenciais participantes por contato telefônico ou eletrônico prévio para integrarem a investigação, explicitando sobre a pesquisa e seu objetivo. Foram

critérios de inclusão: idade maior que 18 anos; ter vivenciado o parto domiciliar planejado e critérios de exclusão: mulheres sem condições psicoemocionais para prestar o depoimento ou que estavam fora da cidade na ocasião da pesquisa.

Nos estudos fenomenológicos, por buscar a essência do que se mostra, faz-se possível adaptar a necessidade das entrevistas na medida em que a compreensão dos significados for sendo alcançada, tendo em vista o objeto do estudo. Dessa maneira, participaram da investigação nove mulheres que tiveram o parto no ambiente domiciliar de forma planejada.

Durante o encontro, foi explicado às participantes de maneira prévia a pesquisa e seu objetivo e posteriormente apresentado a elas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Somente após o aceite e assinatura deste pelas participantes que foi iniciada a entrevista fenomenológica.

A etapa de campo ocorreu entre os meses de setembro de 2016 e março de 2017, em locais indicados por cada participante. Assim, os encontros fenomenológicos se deram no museu, praça, local de trabalho e a própria residência.

A técnica de coleta de dados foi à entrevista aberta mediante roteiro de entrevista com questões norteadoras que versavam sobre o objeto em estudo. As entrevistas duraram em média 28 minutos e foram gravadas em um *Smartphone*. Utilizou-se ainda o diário de campo para o registro dos conteúdos não verbais explicitados pelas participantes como: altura da voz, postura, gestos, expressões faciais, choro, silêncio. Após a transcrição das entrevistas, procedeu-se a análise dos dados.

As participantes tiveram suas identidades tratadas com padrões profissionais de anonimato, sendo oferecido um pseudônimo a cada uma delas mediante um código alfanumérico representado pela letra “E” de entrevistada e seguido do número sequencial das entrevistas, como exemplo E1, [...], E9.

O primeiro momento metódico de Martin Heidegger, denominado análise compreensiva ou compreensão vaga e mediana, se desdobrou a partir da compreensão ôntica ou factual para as mulheres que vivenciaram o parto domiciliar planejado, e, mediante essa primeira compreensão, foi possível a realização do segundo momento metódico também proposta pelo filósofo, a interpretação/ hermenêutica dos sentidos na dimensão ontológica ou fenomenal.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora sob o parecer N° 1.701.030/2016. Respeitaram-se as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

■ RESULTADOS

A idade das participantes variou de 23 a 48 anos. Das nove depoentes, oito (88,8%) são casadas e apenas uma (11,1%) ainda não possui ensino superior completo. Ter formação profissional na área da saúde não fez parte dos critérios de inclusão; entretanto,

por coincidência, quatro (44,4%) das entrevistadas possuem graduação em enfermagem e sete (77,7%) possuem pós-graduação, sendo que duas (22,2%) possuem pós-graduação em enfermagem obstétrica. Tal dado revela que mulheres que optam pelo parto domiciliar têm acesso à informação e possuem boa formação acadêmica, o que lhes possibilita uma rentabilidade que permite arcar com os custos do serviço do parto domiciliar.

O número de gestações entre as participantes variou de uma a quatro gestações, sendo que três (33,3%) tiveram aborto e quatro (44,4%) tiveram parto anterior fora do ambiente domiciliar, todos eles parto normal. Assim, foi evidenciado o ineditismo do fenômeno para as mulheres que participaram da pesquisa, pois as nove participantes tiveram o parto domiciliar planejado pela primeira vez. O período em que as mulheres passaram pela experiência do parto domiciliar planejado variou entre os anos de 2004 e 2016.

O movimento analítico hermenêutico permitiu a construção de duas Unidades de Significação. Estas unidades denotam os significados atribuídos pelas mulheres à vivência do parto domiciliar planejado. Deste modo, para as mulheres que participaram do estudo, vivenciar o parto domiciliar planejado significou: medo de não conseguir ter o parto em casa e ter que ir para o hospital e buscar o parto domiciliar por terem sofrido violência obstétrica no parto anterior e por saber que era a melhor escolha para si e para o bebê.

Nos depoimentos vários medos foram expressos, sendo o mais evidenciado **o medo de não conseguir ter o parto em casa e ter que ir para uma unidade hospitalar**, conforme mostram os recortes dos depoimentos:

Tinha falado para o mundo inteiro que ia ter parto em casa, então o meu medo era falhar, assumir pra todo mundo que não tinha conseguido. (E1)

Tinha mais medo de ir parar no hospital do que ficar em casa. Tentei não idealizar antes porque sabia que poderia acontecer várias coisas, inclusive não poder ser em casa. (E2)

Fiquei muito frustrada, porque caso não pudesse fazer o parto domiciliar a gente não tinha uma outra opção para eu parir na mesma tranquilidade. (E5)

Na hora do parto vinha aqueles medos... eu vou ter que ir para o hospital. Tinha medo de complicar, medo do meu limite, de não aguentar passar pelo parto, no sentido de querer ir para o hospital e aí eu tinha medo da retaguarda que nós não temos. Medo de ter que contar que estava em um parto domiciliar ou de ter que mentir que estava num parto domiciliar por toda questão que envolve o parto na cidade X. Meu medo era fazer um parto normal dentro de uma unidade hospitalar, chegar lá e ficar no soro e sentindo dor e não ter a presença do meu marido ou da doula. (E6)

É o medo que dá na hora, uma insegurança. Mas, não o medo de estar em casa é aquela coisa, o bebê tá ali, tá pronto pra nascer, será que o parto vai acontecer realmente e tal? É o medo do parto, medo do novo. Que por mais que você tenha tido outros partos, cada um é de um jeito. Você não sabe o que vai acontecer naquele momento. (E7)

Meu medo era ir para um hospital para ter a cesariana. Claro, se eu tivesse uma cesariana, que eu sabia que era uma indicação certa, realmente é uma indicação eu não iria ficar triste por isso. (E8)

Tinha medo de ir para o hospital. Em casa, realmente me senti muito segura. (E9)

As participantes referiram medo de falhar durante o parto, de não conseguir parir em casa, de ter que ir para uma instituição hospitalar e não ter opção de parir na mesma tranquilidade, medo de ir para o hospital para ter cesariana, medo de ter o parto normal dentro de uma unidade hospitalar.

Expressaram o medo de sofrer intervenções, de ficar sem a presença do marido ou da doula, de complicar no parto domiciliar, medo do seu limite, de não aguentar passar pelo parto em casa, medo da retaguarda que não tem, de precisar mentir ou de dizer que estava em um parto domiciliar por toda questão que envolve este parto na cidade.

Foi descrito também a insegurança, o medo do novo, da possibilidade do parto acontecer ou não, de não saber o que vai acontecer naquele momento e ainda sentir medo por não estar em casa onde se sente segura, conforme mostram os recortes dos depoimentos:

Em **buscar o parto domiciliar por terem sofrido violência obstétrica no parto anterior e por saber que era a melhor escolha para si e para o bebê**, algumas mulheres expressaram a vivência do parto anterior como fator determinante para a escolha pelo parto domiciliar. O fato de terem sofrido violência obstétrica física, verbal e intervenções desnecessárias no parto hospitalar as fizeram desejar um parto fisiológico e em casa por proporcionar a humanização no processo de parir e nascer. Os textos a seguir expressam esta compreensão:

Já tinha vivido um parto hospitalar onde tinha me sentido muito invadida. E aí, quando engravidei pela segunda vez, a única certeza que tinha era que não queria parir no mesmo lugar que já tinha parido por conta de todas as intervenções que sofri. Acho que o problema é a intervenção e não o local do parto. (E1)

Foi ótimo, tranquilo, fisiológico, sem intercorrência e sem violência. (E3)

Foi uma escolha feita a partir da experiência anterior. Eu já tinha tido um parto hospitalar no qual, infelizmente, fui vítima de violência obstétrica, física, verbal, de várias formas com manobras desnecessárias, com briga e eu queria uma forma no meu segundo filho de não passar por essas coisas. Não gostaria de sofrer uma intervenção cirúrgica para o nascimento, tenho o significado de parir e de nascer. E buscando por isso, o que eu encontrei de alternativa foi o parto domiciliar. Então, acho que o que me levou a ele, o significado dele pra mim na verdade é a busca da não violência, da humanização no parto. Se eu tivesse que repetir e pudesse escolher novamente, eu escolheria ter novamente o parto domiciliar. (E5)

Minha opção tem a ver com os outros partos. Hoje tenho plena consciência que sofri violência obstétrica, coisa que não queria que acontecesse comigo. Por eu ter sofrido essas coisas, já não queria ter parto em hospital. Já tinha esse desejo de ter em casa pra não passar por todas as coisas que eu já tinha passado. Ali [domicílio] percebi que realmente ia conseguir ter o parto natural como queria. (E7)

Realmente o parto domiciliar é a forma de ter fugido desse sistema e é realmente isso que eu quero. Não tem outro tipo de parto, de local que eu queria ter meu parto. É um momento que ninguém te interrompe. Não tem aquela barulheira que tem no hospital pra quem conhece. Não tem ninguém falando o que você deve ou não fazer. (E8)

Referiram ainda considerarem o parto domiciliar como a melhor forma de nascer e a falta de humanização neonatal como motivo de escolha por este tipo de parto. Conforme demonstram os recortes destacados:

Foi uma escolha muito responsável, nunca colocaria a vida do meu filho em risco por um capricho, mas senti que era a melhor coisa a ser feita pra ele por todos os benefícios. Dele nascer como uma coisa humana, não em uma coisa industrial como é o hospital. (E2)

A falta de humanização neonatal que me fizeram optar pelo [parto domiciliar], porque não adianta ser bom pra mim e não ser bom para o meu filho. Não adianta ser respeitada e não ir pra ocitocina e parir mais ou menos bem e ele ser maltratado na primeira hora de vida e isso foi determinante pra mim para optar pelo domiciliar. (E4)

Acho que ele [filho] chegou da forma como eu sinto que é a melhor forma que uma pessoa pode chegar, com todo respeito, com todo aconchego, com todo carinho, sem intervenções, sem pegar, sem luz, sem aquele aparato todo tecnológico que a gente tem dentro de um hospital. (E6)

Por vezes ressaltaram que a escolha pelo parto domiciliar se deu por fazerem pesquisas, assistirem documentários e verem que era a melhor coisa a ser feita por todos os benefícios que ele proporciona ao binômio mãe-bebê, conforme denotam os trechos selecionados das entrevistas a seguir:

A gente estudou bastante, viu documentários, pesquisas, viu relatos... acho que tudo isso foi servindo pra no final empoderar de que essa era a melhor escolha. Foi uma escolha muito responsável, nunca colocaria a vida do meu filho em risco por um capricho. Senti que era a melhor coisa a ser feita pra ele por todos os benefícios. Dele nascer como uma coisa humana, não em uma coisa industrial como é o hospital. Foi todo um preparativo durante uns meses. (E2)

Parto domiciliar já era uma vontade. Desde a graduação, por pesquisar já vi que era o caminho, era o que eu queria. Eu não me via em outro lugar. Pesquisei, estudei bastante sobre o que está acontecendo nos hospitais e eram situações que realmente davam vontade de chorar quando via a mulher, como ela era mesmo colocada como uma coisa que estava ali, que tinha que andar rápido pra acontecer aquilo. (E9)

■ DISCUSSÃO

Por meio da compreensão vaga e mediana, primeiro momento metódico da analítica de Martin Heidegger (HEIDEGGER, 2015), foi possível compreender os significados da mulher na vivência do parto domiciliar planejado. Esses significados revelaram o modo de ser dessas mulheres na vivência do parto domiciliar planejado sendo possível compreendê-las nos aspectos ônticos, factuais.

Ao vivenciarem o parto domiciliar planejado, significaram o medo de não conseguir realizá-lo e ter que parir no hospital e caírem na facticidade da cesárea ou do parto normal

com intervenções desnecessárias e ainda acabar ficando sem a presença do marido ou da doula para o nascimento do filho.

No movimento existencial das participantes do estudo, na hermenêutica do referencial teórico adotado, o medo desvela-se na dimensão ontológica como temor, podendo variar entre seus três momentos (pavor, horror e terror) dependendo da proximidade da ameaça e do caráter súbito em que essa ocorre.

Como ser-no-mundo sabe-se que a presença é medrosa e que essa medrosidade deve ser compreendida como possibilidade existencial da disposição essencial de toda presença. Assim, durante a vivência do parto domiciliar, a mulher vivencia o pavor, que é a ameaça pelo o que ainda não chegou, mas que a qualquer momento poderá chegar (HEIDEGGER, 2015).

Para a mulher que já vivenciou parto hospitalar em gestações anteriores a ameaça já é conhecida. Ela conhece como é o parto dentro do hospital, sabe o que é feito e que pode sofrer violência obstétrica por já ter sofrido, e por isto, o medo se transforma em pavor, pois o referente do pavor, que é o parto hospitalar, já é conhecido.

Entretanto, o fenômeno do medo também é manifesto pelas mulheres que não tiveram outra experiência de parto, sendo a do parto domiciliar planejado a primeira. Assim, a ameaça não é algo que é conhecido para as mulheres, pelo contrário, é totalmente desconhecido para elas, pois nunca tiveram partos em instituição hospitalar e por isso vivenciaram o horror no parto domiciliar planejado.

Heidegger também esclarece que quando a ameaça vem ao encontro com caráter de pavor e horror de modo súbito, o medo torna-se terror e por isso as mulheres além de vivenciarem o pavor (as que já conhecem a ameaça), o horror (as que não conhecem a ameaça) vivenciaram também o terror, pois mesmo conhecendo o amedrontador que é o parto hospitalar, tinham medo do parto, do novo pois mesmo já tendo outras gestações, cada parto é um parto, tinham medo do que ia acontecer naquele momento que é o súbito(HEIDEGGER, 2015).

Os significados expressos pelas mulheres desta investigação revelaram que, ao contrário do que o senso comum acredita, as mulheres que optam pelo parto domiciliar têm medo de não conseguirem parir em casa e ter o parto normal dentro de uma unidade hospitalar e sofrerem as intervenções desnecessárias, fazer cesariana e serem mal-tratadas.

De modo semelhante aos resultados encontrados nesta investigação, estudo realizado em 2016, revelou número maior de expectativas negativas acerca do parto pelas gestantes. Foi demonstrado medo e insegurança pelas participantes quanto à capacidade de parir, medo de maus tratos e de ficar sozinha durante todo o processo parturitivo no ambiente hospitalar (TOSTES; SEIDL, 2016).

A Lei Federal Nº 11.108 de 2005 garante a livre escolha da mulher de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005), porém, ela não é de conhecimento de todas as mulheres e, infelizmente, ainda há instituições que descumprem a lei e deixando a mulher sozinha durante o parto e pós parto imediato contribuindo para que elas optem pelo parto domiciliar para o segundo filho, por poderem ficar com seus familiares e amigos durante todo o processo.

Dessa forma, considera-se urgente que nas consultas de pré-natal as gestantes sejam informadas e preparadas para o parto, a fim de evitar os efeitos prejudiciais que o estresse, a insegurança, o medo e os fatores ambientais possam gerar nos momentos de trabalho de parto e parto.

O Programa Parto Adequado (PPA) implementado em 2015, tem como objetivo apoiar e instrumentalizar a implementação das boas práticas no campo do parto e nascimento no setor suplementar de saúde para aumentar a qualidade e a segurança da atenção ao parto e nascimento. Entretanto, atualmente, o projeto se encontra com 65 hospitais públicos e 137 hospitais privados cadastrados (BRASIL, 2015). Assim, torna-se necessário uma readequação da estrutura hospitalar e do modelo de atenção obstétrico para que as mulheres que vivenciam o parto no ambiente hospitalar tenha uma experiência de parto e nascimento positiva como a do parto domiciliar.

Na segunda unidade de significação, as mulheres expuseram que por se sentirem invadidas, desrespeitadas, sofrendo intervenções desnecessárias no parto anteriormente vivenciado, quiseram e buscaram para a próxima gestação, a humanização do parto. E dentro desse contexto, viram o parto domiciliar como a melhor escolha a ser feita. Dessa forma, a escolha pelo parto domiciliar foi reflexo da vivência de violência obstétrica no parto anterior, sendo, portanto, uma escolha a partir do vivido do parto anterior.

Ao mencionarem que queriam o próximo parto de uma forma diferente do já vivenciado, revelaram o seu mundo próprio, o seu Dasein permeado por possibilidades. Ao dizerem que o parto domiciliar já era uma vontade, que desde o início já sabia que ia ser parto domiciliar, que encontrou o parto domiciliar como alternativa de não sofrer violência obstétrica e que há muitos anos considerou o bebê nascendo em casa se viram lançadas na possibilidade de parir, um-poder-ser-si-mesmo de maneira própria e ainda agiram por si mesmo por esta escolha mostrando um ser-si-mesmo próprio e autêntico.

De modo semelhante, estudo que buscou compreender a escolha pelo parto domiciliar, revelou que parir em casa foi uma alternativa que as mulheres encontraram frente ao modelo de atenção obstétrico vigente, um caminho para proteger o bebê das práticas obstétricas usuais e um local onde pudessem ter autonomia e liberdade (CASTRO, 2015).

Assim, a ascensão do parto feito em casa além de estar relacionada à cultura intervencionista do parto hospitalar, à fragmentação e à desumanização da assistência obstétrica e aos grandes índices de violência institucional (LESSA *et al.*, 2018), está ligada também ao fato deste tipo de parto permitir o amparo à mulher por mais de uma pessoa do seu convívio social favorecendo o vínculo familiar, lhe possibilitar livre escolha das posições utilizadas no trabalho de parto e parto, liberdade de locomoção, não utilização de métodos farmacológicos de rotina, além de valorizar o seu empoderamento, autonomia, crenças, valores e cultura (ANDRADE; SILVA, 2016).

Foi evidenciado que mulheres que planejam parir em casa experimentaram menos intervenções do que aquelas que dão a luz no hospital sem alterar os resultados maternos e perinatais sendo, portanto, uma prática tão segura como o parto institucional (OSLEN; CLAUSEN, 2012).

Diante dessas evidências científicas, o Ministério da Saúde, juntamente com a Organização Mundial da Saúde reconhece o ambiente domiciliar como um local ideal e seguro para o parto quando assistido com qualidade por profissionais habilitados caso seja esta a escolha da mulher (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

As mulheres que optam pelo parto domiciliar vêm nele a possibilidade de participarem mais ativamente do trabalho de parto e parto, de resgatar sua autonomia, privacidade, integralidade, liberdade e a caracterização do parto como um evento fisiológico e natural do corpo feminino (SAMPAIO *et al.*, 2020).

Entretanto, pelo fato do parto domiciliar não fazer parte das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), torna-se uma prática inacessível para a maioria da população. E para que seja uma opção de escolha para todas as mulheres, o parto domiciliar planejado precisa ser implementado pelo SUS.

Assim, torna-se necessário que o Ministério da Saúde traga para discussão o parto domiciliar planejado como um direito de escolha da mulher que deva ser respeitado e garantido dentro dos direitos sexuais e reprodutivos e ser inserido nas ações do SUS para que se tenha uma mudança de modelo obstétrico no Brasil.

■ CONCLUSÃO

A realização do estudo permitiu compreender os significados da vivência do parto domiciliar planejado por mulheres, o que possibilita ir além da dimensão ôntica no que diz respeito ao fenômeno do parto domiciliar já trazido pela tradição científica. Os resultados apontam para necessidade de implementação do parto domiciliar pelo Sistema Único de Saúde para que seja uma opção de escolha para todas as mulheres e a premência do cuidado obstétrico hospitalar baseado nas boas práticas para que se tenha uma experiência de parto positiva.

Compreender os significados da mulher durante este parto tornou possível afirmar que o domicílio, enquanto local de nascimento e assistência ao parto, é uma alternativa ao modelo obstétrico intervencionista vigente e é um ambiente que permite parir e nascer de maneira fisiológica, sem intervenções desnecessárias, com a presença de familiares respeitando a autonomia e o protagonismo da mulher e proporcionando segurança e respeito durante o período parturitivo.

Nesse sentido, os significados emergidos pelas mulheres acerca do fenômeno do parto domiciliar planejado revelam que o ambiente para parir é fator determinante para uma vivência de parto e nascimento positiva.

Como implicação do estudo pondera-se que esta pesquisa pode servir de subsídio para discussões entre gestores do Ministério da Saúde sobre a necessidade de incorporação do parto domiciliar planejado no rol de ações do Sistema Único de Saúde para que seja garantido a todas às mulheres o direito de escolha do local parto e nascimento.

■ REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, A. C. P. A.; SILVA, L. T. Os benefícios do parto domiciliar: resgate de uma prática naturalista. **Revista Presença**, Rio de Janeiro, v. 1, n.4, p. 58-65, abr. 2016. Disponível em: <http://revistapresenca.celsolisboa.edu.br/index.php/numerohum/article/view/72>. Acesso em: 25 set. 2019.
2. BRASIL. **Lei nº11.108, 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. Congresso Nacional. Brasília, DF, 7 abr. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20042006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 11 out. 2019.
3. BRASIL. **Caderno Humaniza SUS - Humanização do Parto e do Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 467, 2014. Disponível em: http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 20 nov. 2017.
4. BRASIL. **Taxas de partos cesáreos por operadora de plano de saúde**. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxas-de-partos-cesareos-por-operadora-de-plano-de-saude>. Acesso em: 15 dez. 2019.
5. BRASIL. **Projeto Parto Adequado**. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Rio de Janeiro, 2015b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-parto-adequado>. Acesso em: 21 nov. 2019.
6. BRASIL. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Brasília: Ministério da Saúde: CONITEC, p.53, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 04 mar. 2019.

7. CARVALHO, I. S.; COSTA, P. F.; OLIVEIRA, J. C.; BRITO, R. S. Perfil epidemiológico de partos e nascimentos ocorridos no domicílio: um estudo ecológico. **Rev. enferm UFPE online**, Recife, v.8, supl. 2, p. 3847-3854, out., 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10131/10626>. Acesso em: 03 mar. 2019.
8. CASTRO, C. M. Os sentidos do parto domiciliar planejado para mulheres do município de São Paulo. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.69-75, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n1/1414-462X-cadsc-23-01-00069.pdf>. Acesso em: 05 out. 2019.
9. COSTA, B. R. L. Bola de Neve Virtual: o uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. **Revista Interdisciplinar de Gestão Social**, Bahia, v. 7, n.1, p. 15-37, jan./abr., 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/330543597_Bola_de_Neve_Virtual_O_Uso_das_Redessociais_Virtuais_no_Processo_de_Coleta_de_Dados_de_uma_Pesquisa_Cientifica. Acesso em: 04 fev. 2019.
10. CURSINO, T. P.; BENINCASA, M. Parto domiciliar planejado no brasil: Uma revisão sistemática nacional. **Cien. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p. 1433-1443, abr., 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/parto-domiciliar-planejado-no-brasil-uma-revisao-sistemica-nacional/16924?id=16924>. Acesso em: 01 jun. 2019.
11. HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. 10. ed. Petrópolis: Vozes. 2015.
12. LESSA, H. F.; TYRRELL, M. A. R.; ALVES, V.H.; RODRIGUES, D. P. Choosing the home planned childbirth: a natural and drug-free option. **J.res.: fundam. Care**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 1118-1122, oct./dec., 2018. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6341/pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.
13. OSLEN, O.; CLAUSEN, J. A. Planned hospital birth versus planned home birth. **Cochrane Database of Systematic Review**, London, v. 9, sept., 2012. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000352.pub2/full>. Acesso em: 15 out. 2019.
14. PARIS, G. F.; MONTESCHIO, L. V. C.; OLIVEIRA, R. R.; LATORRE, M. R. D. O.; PELLOSO, S. M.; MATHIAS, T. A. F. Tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v.36, n.12, p. 548-554, out., 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n12/0100-7203-rbgo-36-12-0548.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2019.
15. PERUCHIN, A.; SILVA, E. F. Parto domiciliar planejado: ¿quélleva a las mujeres a optar por esta modalidad de asistencia?. **Biblioteca Las Casas. Murcia**, Espanha, v.15, e11893, mar., 2019. Disponível em: <http://ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e11893/e11893>. Acesso em: 09 mar. 2019.
16. SAMPAIO, L. B. C.; SALIMENA, A. M. O.; AMORIM, T. V.; ALVES, V. H.; RODRIGUES, D. P.; DULFE, P. A. M. Parto domiciliar planejado significado por mulheres: contribuições para a humanização da assistência obstétrica. **Rev. Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v.46, n.1, p. 1-13, jan./abr., 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342013000100002&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 20 mai. 2020.
17. SANFELICE, C. F. D. O.; ABBUD, F. S. F.; PREGGNOLATTO, O. S.; SILVA, M. G.; SHIMO, A. K. K. From institutionalized birth to homebirth. **Rev. Rene**, Fortaleza, CE, v.15, n.2, p. 362-370, mar./abr., 2014a. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3171>. Acesso em: 23 out. 2019.

18. SANFELICE, C. F. D. O.; SHIMO, A. K. K. Home Childbirth: Progress or Retrocession? **Rev Gaúcha Enferm.**, Rio Grande do Sul, v.35, n.1, p. 157-160, mar., 2014b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000100157. Acesso em: 04 mar. 2019.
19. SANFELICE, C. F. D. O.; SHIMO, A. K. K. Home Birth: understanding the reasons for this choice. **TextoContextoEnferm.**, Florianópolis, v.23, n.3, p.875-882, jul./set., 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000300875. Acesso em: 05 jan. 2018.
20. TOSTES, N. A.; SEIDL, E. M. F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v.24, n.2, p.681-693, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000200015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 out. 2019.
21. VENDRÚSCOLO, C. T.; KRUEL, C. S. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **DisciplinarumScientia**, Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v.16, n.1, p. 95-107, 2015. Disponível em: <https://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842/1731>. Acesso em: 20 dez. 2018.
22. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 1996. **Care in Normal Birth: a practical guide**. Geneva: Department of Reproductive Health & Research. World Health Organization. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1523-536X.1997.00121.pp.x>. Acesso em: 19 out 2019.
23. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2015. **Statement on Caesarean Section Rates**. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;jsessionid=329BE86E9B23CA73C528B73C1679A70C?sequence=1. Acesso em: 03 mar. 2019.

Novas possibilidades na avaliação da progressão do trabalho de parto: uma revisão narrativa

| **Semírames Ramos Ávila**
Instituto Mãe do Corpo

| **Aline Rodrigues Feitoza**
UNIFOR

RESUMO

Este estudo consiste em uma revisão narrativa que objetiva identificar meios de avaliar a progressão do trabalho de parto capazes de substituir ou diminuir a realização do exame de toque vaginal. A busca, seleção e análise dos artigos incluíram a pesquisa em bases eletrônicas e o rastreamento manual de referências citadas nas publicações. As bases eletrônicas pesquisadas foram PUBMED e BVS, sendo utilizados os termos MeSH em inglês: *physiology, midwifery, labor onset, first stage of labor, second stage of labor*. Assim, 10 artigos foram selecionados, sendo 7 artigos de bases eletrônicas e 3 estudos acrescentados a partir do rastreamento manual. Entre os possíveis meios, destacaram-se alterações no comportamento da parturiente referentes ao humor, movimentos corporais, expressões faciais, respiração e comunicação, bem como a identificação de diversos sinais físicos como mudança na cor e consistência da secreção vaginal, deslocamento do foco da ausculta fetal, surgimento da linha púrpura e do losango de Michaelis. Estudos também sugerem a utilização de ultrassonografia transperineal em substituição ao exame de toque e incorporação do registro do apagamento do colo ao partograma. Portanto, ao incorporar cuidados não invasivos em sua prática, a Enfermagem pode dar importantes passos no aperfeiçoamento da assistência, incluindo novas habilidades, a fim de oferecer um cuidado respeitoso, focado na segurança e qualidade do atendimento, com menor manipulação do corpo feminino, aumentando a satisfação das mulheres assistidas por enfermeiras.

Palavras-chave: Trabalho de Parto, Exame de Toque, Progressão do Parto, Sinais, Comportamento.

■ INTRODUÇÃO

Cerca de 140 milhões de mulheres dão à luz, anualmente, em todo o mundo, segundo a OMS (2018). Esse grande número de nascimentos proporcionou aos profissionais, nas últimas décadas, o aprofundamento de conhecimentos e técnicas relacionados à indução, dilatação, inibição e monitoramento do trabalho de parto (TP). Se, por um lado, obtivemos todos esses ganhos, por outro, atingimos o ápice das intervenções no parto, enquanto a preocupação em fazer desse momento uma experiência positiva para as mulheres encontrava-se cada vez mais distante.

Para Enkin *et al.* (2005), é mais preocupante uma mulher que apresenta contrações regulares e intensas, mas que tem dificuldade em lidar com o processo, do que uma mulher que está tranquila e confortável no TP, porém com uma dilatação menor do que a esperada. Tal afirmação demonstra que, cuidar do estado físico e mental, do conforto e bem-estar da mulher, é condição básica na atenção ao parto. Cabe também ressaltar aqui que qualquer intervenção precisa ser devidamente justificada.

Não é exatamente o caso do exame de toque, cuja prática costuma ser habitual entre os profissionais, além de uma exigência por parte das instituições, conforme afirma Reed (2011). Diferente de outros componentes da avaliação obstétrica, como palpação abdominal e ausculta cardíaca fetal, o toque vaginal (TV) pode causar constrangimento, vulnerabilidade e mais dor durante o TP. Atualmente, ainda predomina a crença de que a frequente realização de tal procedimento é indispensável ao preenchimento adequado do partograma e à avaliação da progressão do parto.

Além da impossibilidade de se medir, com precisão, a duração das fases do TP, o exame de toque somente é capaz de prover informações sobre a dilatação no exato momento em que é feito, não fornecendo dados de como estava antes ou como estará daqui a algum tempo (REED, 2011). Uma mulher que está, por exemplo, com 3 cm de dilatação pode evoluir rapidamente e parir na próxima hora, da mesma forma que outra com 9 cm, pode demorar 3 horas ou mais.

Estudo publicado em 2018 identificou 23 intervenções realizadas durante a assistência ao parto e nascimento, e dentre as mais praticadas estava o exame de toque, praticado a cada 2 horas (ÇALIK *et al.*, 2018), ainda que vários estudos e protocolos já houvessem definido que deveria ser feito a cada 4 horas, não havendo justificativa clínica para intervalos menores (NASCIMENTO *et al.*, 2019). O estudo demonstrou ainda que houve um alto índice de insatisfação por parte das mulheres que receberam essa assistência, reforçando que qualquer procedimento que interrompa a progressão natural do TP pode resultar em complicações para o feto e para a mãe, desde uma hipoglicemia ou desidratação até uma

hemorragia pós-parto. Intervenções somente salvam vidas quando implementadas no devido tempo e de forma adequada (ÇALIK *et al.*, 2018).

Uma revisão integrativa realizada a partir de publicações nacionais, apresentou um panorama multinacional a respeito da violência obstétrica. Nesse estudo, o TV é citado como violência física, caracterizado como violento, excessivo, doloroso e abusivo. Mulheres relatam que ele foi realizado em série, sem explicação e consentimento prévio, causando dor e vergonha, evidenciando abuso, insensibilidade, brutalidade e maus-tratos (KOPERECK *et al.*, 2018).

Além de existir uma lacuna na Obstetrícia em decorrência da escassez de pesquisas que apresentem outras opções aos partogramas e exame de toque, os estudos que estabelecem uma compreensão linear da dilatação cervical e da evolução do TP são, no mínimo, frágeis (WALSH, 2010). Um estudo realizado em 2018 com 10 mil mulheres sugere que o TP é um fenômeno extremamente variável, e a avaliação da dilatação cervical *versus* tempo não é capaz de evitar efeitos adversos graves no parto, considerando-o um indicador precário também para esse fim (SOUZA *et al.*, 2018).

Está amplamente documentado que a dilatação do colo tem se tornado, nos últimos 50 anos, o principal parâmetro para avaliar a progressão do TP. Porém, diante das diversas evidências do quanto essa intervenção pode ser ineficaz e prejudicial, alguns autores têm sugerido a identificação de outros parâmetros a serem utilizados para essa finalidade (WALSH, 2010).

Existem, então, outras formas de avaliar a progressão do TP? Que sinais, pistas ou comportamentos podem ser identificados, em uma mulher, que indiquem essa evolução? Neste estudo buscamos verificar outros meios de perceber e avaliar a progressão do TP, contribuindo, dessa forma, com o desenvolvimento de melhores práticas profissionais na assistência obstétrica.

■ DESENVOLVIMENTO

Metodologia

As revisões narrativas são publicações que têm o objetivo de descrever e discutir o estado da arte de um determinado tema sob o ponto de vista teórico ou contextual, constituindo-se de apreciações de diversos autores e publicações. Essa categoria de artigos tem papel fundamental, pois nos permite atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo (ATALLAH & CASTRO, 2005).

Este estudo de revisão narrativa foi elaborado a partir do agrupamento de ideias de diferentes autores sobre as formas de avaliação da progressão do TP, obtidas por meio da

leitura de livros e artigos publicados em revistas internacionais. A busca, seleção e análise dos artigos foram realizadas em agosto e setembro de 2021 e incluíram tanto a pesquisa em bases eletrônicas quanto o rastreamento manual de referências citadas em artigos e livros. As bases eletrônicas pesquisadas foram PUBMED e BVS, sendo utilizados os termos MeSH em inglês. Para a busca dos artigos, utilizamos os descritores padronizados, a saber: *physiology, midwifery, labor onset, first stage of labor, second stage of labor*. Com o objetivo de refinar a busca, utilizamos o filtro para selecionar artigos de 2016 a 2021, com resumos disponíveis, em inglês, espanhol e português.

Os títulos de todos os artigos identificados na busca eletrônica foram revisados e, quando identificamos relação com a temática, realizamos as leituras dos resumos. Após a leitura desses resumos e confirmação de sua possível relevância para o estudo, os textos foram obtidos integralmente. A partir daí, foi criada uma lista de artigos para serem aqui incluídos. Após a leitura do material selecionado, os textos foram organizados segundo os objetivos do presente estudo. Posteriormente, foram adicionados a essa lista os escritos identificados a partir da busca manual.

Resultados e Discussões

Na base de dados PUBMED, após o cruzamento dos termos em diversas combinações, foram selecionados 7 artigos. Posteriormente, realizamos as buscas de artigos na base de dados BVS, onde prosseguimos com o cruzamento dos mesmos termos, em diversas combinações. Foram identificados 5 artigos relevantes, todos já anteriormente localizados na PUBMED.

Com suporte em diversas citações inseridas nos textos identificados nas bases eletrônicas, partimos para o rastreamento manual de artigos neles citados. Assim, somamos aos 7 inicialmente selecionados, outros 3 que pareciam apresentar grande relevância para compor o presente estudo, ressaltando que não foi identificado nenhum artigo de língua portuguesa que abordasse a temática investigada.

Uma revisão sistemática de 2013 investigou a realização do exame vaginal de rotina no que diz respeito aos benefícios para mulheres e bebês. O estudo afirma que a prática do exame vaginal foi amplamente difundida sem evidências, mas não aponta evidências para eliminar sua prática rotineira. Por fim, sugere a realização de novos estudos capazes de estabelecer um meio eficaz de avaliar a progressão do TP com base em princípios comportamentais e fisiológicos (DOWNE *et al.*, 2013).

De acordo com Burvill (2002), os sinais que identificavam o TP, utilizados por parteiras, foram subtraídos pelo modelo tecnocrata. O uso de um instrumento rígido na avaliação do progresso do TP, baseado na dilatação em centímetros por hora, proposto pelo modelo

vigente de partograma, soterrou as habilidades das parteiras, que eram capazes de identificar essa progressão por meio de gestos, expressões, características físicas e comportamentos da parturiente.

No entanto, um artigo publicado em 2016 traz informações animadoras. Os autores afirmam que vários estudos têm surgido para questionar a importância do exame de toque de rotina. Além disso, o conhecimento sobre a progressão do TP tem evoluído e a crença de que o parto obedece a uma evolução linear previsível já está sendo desafiada (REED *et al.*, 2016).

A avaliação da progressão do parto deve ser realizada a partir de uma aproximação progressiva e sistematizada, de forma que inicie com uma avaliação visual e verbal (observação e diálogo), passando, em seguida, a avaliação externa (sinais vitais, palpação, ausculta fetal) e, finalmente, caso as avaliações anteriores ainda tenham deixado dúvidas, deverá ser realizada a avaliação interna (exame de toque), conforme necessário (GORDON *et al.*, 2017).

Para Chodzaza *et al.* (2018), quando o profissional tem possibilidade de acompanhar uma parturiente de perto, a observação é um instrumento valioso. A identificação de sinais como mudança nas expressões faciais, no humor, presença de movimentos ritmados, corpo encurvado, e alteração nos sons emitidos podem indicar a evolução da progressão do TP. Mesmo quando o partograma indicar uma progressão lenta, esse conjunto de sinais é capaz de transmitir ao profissional confiança na capacidade da mulher de dar à luz.

O corpo dá sinais antes mesmo do início do TP propriamente dito. Em alguns mamíferos, foram observados sinais pré-parto como inquietação e uma queda de temperatura cerca de 24 horas antes. Já em humanos, há relatos de mulheres que perceberam um aumento de energia pouco antes do início do TP, resultando em limpeza e organização intensiva do ambiente doméstico e escolha de passar mais tempo com as pessoas mais confiáveis ou familiares, comportamento definido como “aninhamento”. Da perspectiva de um grupo de mulheres, os primeiros sinais que despertaram atenção e que determinaram o início de seus trabalhos de parto foram: dor (geralmente nas costas), perda de secreção vaginal aquosa ou sanguinolenta, sintomas gastrointestinais, alterações emocionais e padrões de sono alterados (HUNDLEY *et al.*, 2020).

Burvill (2002) também relatou uma série de reações nas mulheres: mudanças na respiração, forma de conversar, humor, estado de ânimo e movimentos/ posturas, ao longo de cinco fases (gestação avançada, fase latente, início de TP, fase ativa inicial e fase ativa avançada), ressaltando que a progressão dessas mudanças ocorre de modo variável no tempo, podendo durar minutos, horas ou dias. A autora também destacou que para a identificação dessas reações somente seria necessário observar e ouvir a mulher, o que ela denominou de avaliação de baixa interferência.

Esse mesmo estudo também destacou alterações físicas, dividindo-as entre sinais externos e internos. Os sinais externos foram: alterações na cor e consistência da secreção vaginal (tampão mucoso e líquido amniótico), surgimento da linha púrpura, descida da apresentação fetal e 3 tipos de contrações (percebidas pela mulher, visualizadas pelo examinador e palpadas pelo examinador). Tais sinais sofreriam possíveis modificações ao longo das cinco fases e, para identificar a maioria desses sinais, seria necessário apenas observar cuidadosamente a mulher, o contato físico seria necessário apenas para verificar a descida da apresentação fetal, por meio da palpação.

Caso seja necessário, é possível partir para o TV. Nesse caso, outros parâmetros podem ser identificados, os quais a autora denominou de sinais internos via exame vaginal: alterações no colo uterino (apagamento e dilatação), altura da apresentação fetal, presença de bossa e moldagem da cabeça fetal, possibilitando também obter informações sobre as membranas ovulares (BURVILL, 2002).

Reconhecida como método não invasivo para avaliar a evolução do TP, a linha púrpura, que surge na região interglútea num percentual de mulheres, já vem sendo pesquisada nos últimos anos. Uma investigação com 350 mulheres durante a fase ativa do TP estabeleceu uma correlação entre comprimento e largura da linha púrpura e a altura da apresentação da cabeça fetal. Esse estudo reforça a tese de que a avaliação dessa linha pode ser usada para reduzir o número de exames vaginais, especialmente quando o único objetivo é medir a altura da apresentação fetal (IRANI *et al.*, 2017).

Outro sinal que vem sendo estudado como marcador da altura da apresentação fetal é o losango ou rombo de Michaelis, localizado na região sacral da mulher. De acordo com Siccardi *et al.* (2020), profissionais observaram que, durante o segundo estágio do TP, à medida que a cabeça fetal entra na pelve, é empurrada contra o sacro, fazendo com que esse se expanda progressivamente em seus diâmetros transversal e longitudinal, percebendo-se uma projeção dessa estrutura óssea.

Um estudo realizado no Irã, em 2015, investigou a possibilidade de incluir no partograma o registro do apagamento do colo, a fim de melhorar sua acurácia. Apesar da realização questionável do exame de toque, tal estudo levanta a possibilidade de acrescentar valor ao exame de toque, de modo a trazer mais informações. A pesquisa realizada com 1750 parturientes concluiu que acrescentar dados do apagamento, em conjunto com a dilatação e descida da apresentação, pode melhorar o potencial do partograma para avaliar o progresso do parto e detecção de falha na progressão (AGAH *et al.*, 2018).

Gordon *et al.* (2017) discorrem sobre a possibilidade de identificar a posição do feto a partir da localização do PMI - ponto de máxima intensidade – do coração do bebê. Para essas autoras, na maioria dos fetos a termo, os batimentos cardíacos fetais (BCF) são mais

bem auscultados na região do dorso, aproximadamente ao nível das escápulas ou dos ombros. A localização do ponto de máxima intensidade (PMI) da ausculta cardíaca fetal pode ajudar a determinar a posição do feto, inclusive para identificar se está com dorso anterior ou posterior. Ressaltam ainda que muitas profissionais experientes utilizam essa técnica, pois acreditam na utilidade dessa avaliação como indicador da posição fetal.

Por fim, não podemos deixar de citar que diversos estudos vêm sendo realizados sobre a utilização da ultrassonografia na avaliação da progressão do parto. Em um estudo realizado na Espanha, utilizou-se a ultrassonografia transperineal para definir a dilatação cervical, o ângulo de progressão e a posição da cabeça do feto a fim de determinar o momento de admissão no TP. O estudo concluiu que houve 95% de concordância entre os resultados da ultrassonografia comparando ao TV e vislumbra a utilização do ultrassom como diminuição dos exames de toque (CUERVA *et al.*, 2019).

Com amparo nos autores citados, está claro que é imprescindível olhar para a gestante de maneira global, considerando vários fatores e suas interações que influenciam na avaliação da progressão do TP.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão contribui para o entendimento de que apesar do exame vaginal ser utilizado, há décadas, como o principal parâmetro na avaliação da progressão do TP, não há evidências científicas para a sua realização de rotina. Embora assim ocorra, a sua realização continua sucedendo de modo disseminado, pois ainda não dispomos de estudos suficientemente robustos para eliminar ou substituir a realização desse exame.

Portanto, enquanto a realização do TV ainda for uma exigência por parte das instituições, o mínimo a ser feito é incluir definitivamente nos protocolos das maternidades e locais de parto a sua realização apenas por um profissional por vez, com intervalo mínimo de 4 horas, e somente após consentimento informado da paciente, mediante uma justificativa plausível.

Ainda que os pesquisadores não tenham encontrado evidências para substituir o TV por outras modalidades de avaliação da progressão do TP, estudos vêm surgindo a cada dia, revelando que a observação de diversos sinais ou pistas comportamentais podem ser utilizadas para esse fim, possibilitando uma avaliação respeitosa, focada na segurança e qualidade do atendimento, com menor manipulação do corpo feminino.

Com efeito, torna-se indispensável aperfeiçoar habilidades específicas, como observar, sentir e ouvir, inerentes à nossa formação, reforçando o estabelecimento de uma Enfermagem autônoma e com poder de decisão. Portanto, é necessário e urgente adotarmos, dentre outras práticas assistenciais, uma nova abordagem para avaliar a progressão do TP, se

pretendemos transformar, com o nosso cuidado, a maneira de assistir as mulheres durante o parto, incorporando práticas não invasivas. Nós, enfermeiras, ocupamos um espaço favorável a essas mudanças, pois estamos presentes na maioria dos ambientes de nascimento. Para tanto, a temática aqui abordada, deve ser apresentada já no ensino da Obstetrícia como tecnologia da Enfermagem.

Para que essa forma de assistência seja possível, é imprescindível que o profissional enfermeiro esteja convicto de que o parto é um evento fisiológico, e capacitado para assumir o papel de observador-cuidador, disponível para intervir apenas quando houver indicação. Isso significa atuar com base em evidências científicas, compreendendo a mulher como protagonista de seu processo, capaz de percorrê-lo com autonomia, dotada de discernimento e de voz ativa, fazendo as próprias escolhas, como pressupõe o modelo de assistência humanizada.

Nesse sentido, as informações aqui oferecidas constituem passos iniciais, com origem nas quais poderão surgir novas e mais profundas discussões que indiquem, para a enfermagem e para o campo obstétrico, as bases teóricas e as melhores estratégias para a consolidação de uma prática conforme o paradigma humanizado de assistência, capaz de reduzir, significativamente, os níveis de violência obstétrica, aumentando a satisfação das mulheres assistidas por enfermeiras.

Por fim, recomendamos que sejam efetivados novos estudos direcionados a parturientes, com foco na identificação de outras maneiras de avaliar a progressão do TP, notadamente porque não foram identificados estudos nacionais a respeito de tão relevante temática. Na verdade, acreditamos que a ausência desses estudos no Brasil é reveladora de que a percepção e a indignação contra esse estado de coisas ainda não se traduziram no interesse dos estudiosos do campo da obstetrícia e tampouco na implementação de diretrizes capazes de transformar, definitivamente, a assistência ao parto.

■ REFERÊNCIAS

1. AGAH, J.; BAGHANI, R.; NAZARZADEH, M.; BORNA, S. Comparison of effacement curve with dilatation curve for prediction of labor progression. **Journal Of Obstetrics And Gynaecology Research**, [S.L.], v. 44, n. 1, p. 102-108, 2 nov. 2017. Wiley. doi: 10.1111/jog.13478
2. ATALLAH, N. A.; CASTRO, A. A. Revisão sistemática da literatura e metanálise: a melhor forma de evidência para tomada de decisão em saúde e a maneira mais rápida de atualização terapêutica. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s.l.], 2005.
3. BURVILL, S. Midwifery diagnosis of labour onset. **British Journal Of Midwifery**, [s.l.], v. 10, n. 10, p.600-605, out. 2002.

4. ÇALIK, K.Y.; KARABULUTLU, Ö.; YAVUZ, C. First do no harm - interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study. **BMC Pregnancy Childbirth**. 18, 415. 2018. doi: 10.1186/s12884-018-2054-0
5. CHODZAZA, E.; HAYCOCK-STUART, E.; HOLLOWAY, A.; MANDER, R. Cue acquisition: A feature of Malawian midwives decision making process to support normality during the first stage of labour. **Midwifery**.58:56-63. 2018. doi: 10.1016/j.midw.2017.11.009
6. CUERVA, M. J.; GARCÍA-CASARRUBIOS, P.; GARCÍA-CALVO, L.; GUTIÉRREZ-SIMON, M.; ORDÁS, P.; MAGDALENO, F.; BARTHA, J. L. Use of intrapartum ultrasound in term pregnant women with contractions before hospital admission. **Acta Obstet Gynecol Scand**. 98(2):162-166. 2019. doi: 10.1111/aogs.13474
7. DOWNE, S. et al. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [s.l.], 2013.
8. ENKIN, M. et al. Monitorização do progresso do trabalho de parto. In: _____. (org.) **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 152-155.
9. GORDON, W.; MYERS, S.; TULLY, G.; HANSON, L. Chapter 3: Assessing Progress in Labor. In: SIMKIN, P.; ANCHETA, R. (org.). **The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia**, 4th edition. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd, 2017, p. 49-94
10. HUNDLEY, V.; DOWNE, S.; BUCKLEY, S. J. The initiation of labour at term gestation: Physiology and practice implications. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**. 67:4-18. 2020. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2020.02.006
11. IRANI, M.; KORDI, M.; ESMAILY, H. Relationship between length and width of the purple line and foetal head descent in active phase of labour. **J Obstet Gynaecol**. 38(1):10-15. 2018. doi: 10.1080/01443615.2017.1322044
12. KOPERECK, C. S. et al. A Violência Obstétrica no Contexto Multinacional. **Rev. enferm. UFPE on line** ; 12(7): 2050-2060, jul. 2018. doi: 10.5205/1981-8963-v12i7a231399p2050-2060-2018
13. NASCIMENTO, S. L. et al. Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 37, p. 66-79, Dec. 2019. doi: 10.15517/revenf.v0ino.37.35264
14. REED, Rachel. The Assessment of Progress. **AIMS Journal**, v. 23, n. 2, 2011.
15. REED, Rachel; ROWE, Jennifer; BARNES, Margaret. Midwifery practice during birth: ritual companionship. **Women And Birth**, [S.L.], v. 29, n. 3, p. 269-278, jun. 2016. Elsevier BV. doi: 10.1016/j.wombi.2015.12.003
16. SICCARDI, M.; VALLE, C.; ANGIUS, V.; DI MATTEO, F. Estimating the Mobility of the Michaelis Sacral Rhombus in Pregnant Women. **Cureus**, 12(2). 2020. doi: 10.7759/cureus.7116
17. SOUZA, J. P.; OLADAPO, O. T.; FAWOLE, B.; MUGERWA, K.; REIS, R., BARBOSA-JUNIOR, F.; OLIVEIRA-CIABATI, L.; ALVES, D.; GÜLMEZOGLU, A. M. Cervical dilatation over time is a poor predictor of severe adverse birth outcomes: a diagnostic accuracy study. **BJOG**, 125(8):991-1000. 2018. doi: 10.1111/1471-0528.15205
18. WALSH, Dennis. Labour Rhythms. In: WALSH, Dennis. DOWNE, Soo. **Essential Midwifery Practice: Intrapartum Care**. Ed. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010, p. 63-80.
19. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth**. 2018.

Experiências e experiências sexuais de mulheres pós-parto: O papel de mãe e amante

| **Alba Martín Forero-Santacruz**
SESCAM

| **Eva Moncunill-Martínez**
UCLM

| **Mercedes de Dios-Aguado**
SESCAM

| **Cinzia Gradellini**
UNIMORE

| **Irene Soto-Fernández**
EP. CIUDAD DE NARA

| **Sagrario Gómez-Cantarino**
UCLM

RESUMO

Objetivo: Descrever as experiências sexuais das mulheres pós-parto urbanas e rurais após a chegada de um novo membro da família, e identificar a adaptação feita por estas mulheres para continuarem a desfrutar do seu processo afetivo-sexual. **Método:** Para o conseguir, foi realizado um estudo qualitativo exploratório em 2019 com 15 mulheres pós-parto que tinham sido submetidas a check-ups após o parto na Área de Saúde N.º 1 de Toledo, Espanha. Os dados foram recolhidos através de entrevistas em profundidade semiestruturadas (EPS) e amostragem propositada. Os participantes foram questionados sobre as suas experiências e percepções da sexualidade após o parto. Os dados foram analisados utilizando a análise de conteúdo convencional baseada na abordagem de Graneheim e Lundman. O software Atlas.ti (9.3) foi utilizado para uma melhor gestão de dados. **Resultado:** Durante o processo do puerpério, as mulheres têm de enfrentar uma série de mudanças vitais cujo pressuposto é culturalmente condicionado de acordo com o seu ambiente familiar e local de residência. A sexualidade está associada à intimidade, o que dificulta a canalização de respostas à sua volta. **Conclusão:** Há poucos estudos que avaliem a sexualidade na fase pós-gravidez e a sua relação com outros fatores, e os resultados obtidos são contraditórios, uma vez que a maioria deles se concentra na análise de factores relacionados com o parto.

Palavras-chave: Sexualidade, Puerpério, Papel, Família, Cultura.

■ INTRODUÇÃO

A maternidade é uma das fases mais belas da vida de uma mulher, mas não é isenta de incertezas e medos. O pós-parto pode ser um período difícil em relação à sexualidade, uma vez que requer ajustamentos no casal e uma grande dose de compreensão mútua. Esta fase pode favorecer tanto o enriquecimento da vida sexual como o desenvolvimento de problemas. No entanto, os casais tentam frequentemente recomeçar a sua vida sexual como se nada tivesse acontecido, sem estarem conscientes das mudanças, da distância entre eles, e da necessidade de procurar uma nova forma de relação ou um novo equilíbrio. Por esta razão, é necessário dedicar algum tempo a esta questão e apoiar a mulher e o casal com orientações básicas (ROCA; RIVERO; PÉREZ, 2018).

A vida sexual é retomada após um possível período de abstinência durante a gravidez, causado pelo medo do homem de prejudicar o feto ou uma indicação médica (CARTA; GONZÁLEZ, 2016). Durante o puerpério, é também necessário um período variável de abstinência para assegurar uma recuperação adequada dos órgãos reprodutivos e prevenir infecções. Depois deste tempo, a maioria dos homens, e também algumas mulheres, querem retomar relações sexuais precoces (DELBONO, 2018). Contudo, muitas mulheres encontram-se numa situação diferente e querem atrasar a atividade sexual. Durante os primeiros meses após o parto, as relações sexuais podem ser mais difíceis. É normal que uma mulher não tenha desejo de um encontro sexual nas primeiras semanas por várias razões: dor e hipersensibilidade nos genitais; cansaço físico e exaustão; medo de que o sexo penetrativo cause mais dor; dedicação quase exclusiva ao bebé, falta de tempo e intimidade; medo de uma nova gravidez; sentir-se sexualmente pouco atraente; etc. É também normal que o parceiro seja condicionado por alguns destes fatores e possa rejeitar o encontro sexual (ROCA; RIVERO; PÉREZ, 2018; VELÁZQUEZ BARRIOS; DÍAZ JIMENEZ; REINA CARO, 2019).

A vida sexual e reprodutiva das mulheres está profundamente enraizada no contexto cultural, histórico, religioso e político em que elas vivem. Por conseguinte, é importante descrever e analisar os fatores que intervêm na experiência das mulheres pós-parto a partir da sua própria experiência, no que respeita à sua sexualidade durante o período pós-parto, bem como fornecer conselhos e informações a este respeito (GÓMEZ, GÓMEZ *et al.*, 2016).

Durante o século XX, especialmente desde a segunda metade, o papel da mulher tem sido progressivamente renovado na maioria das sociedades, alcançando a igualdade jurídica em matéria de direitos com os homens. Do mesmo modo, o seu papel na sexualidade tem vindo a mudar, na qual participam agora também como sujeitos. Contudo, isto não é sinónimo de uma verdadeira compreensão deste ato, nem do reconhecimento abrangente do que ele implica, porque, apesar dos progressos alcançados, continuam a ser cometidos

atos de desigualdade e injustiça contra as mulheres devido à influência atual do modelo patriarcal que ainda subsiste nas culturas atuais (DEL OLMO, 2018).

Podemos compreender que os valores culturais afetam tanto os padrões de vida dos indivíduos como os dos grupos. Uma questão permanece por esclarecer: o que entendemos por cultura? Na tabela seguinte podemos ver como o conceito é considerado desde o seu significado mais clássico até ao seu significado mais atual.

Em termos gerais, podemos estabelecer que a cultura é uma entidade que faz parte da vida das pessoas em relação a um grupo, ou seja, é um modo de vida no âmbito de um dado contexto social (GÓMEZ, 2012).

Tabela 1. Cronologia do conceito de cultura.

TYLOR (1871)	MARGARET MEAD (1935)	RAYMOND WILLIAMS (1981)	DÍAZ DE RADA (2010)
Complexo de conhecimentos, artes, crenças, morais, costumes e hábitos adquiridos pelo homem na sociedade.	Denuncia a situação discriminatória das mulheres devido às construções culturais.	A propriedade de dar aos seres humanos uma forma convencional de ação social.	Um conjunto de regras através das quais as pessoas moldam a sua ação social.

Fonte: (GÓMEZ, 2012).

É importante ter em mente que como, quando e em que condições a vida sexual começa varia de casal para casal. Os conselheiros de saúde, portanto, precisam de conhecer a situação de cada mulher e do seu parceiro a fim de fornecerem orientação apropriada (DELBONO, 2018; SAYDAM *et al.*, 2019).

■ MÉTODO

Os estudos qualitativos são de particular relevância para os profissionais de saúde que se concentram nos cuidados, comunicação e interação com as pessoas. Permitem uma compreensão das experiências humanas, proporcionando aos profissionais de saúde uma riqueza de conhecimentos e uma visão sobre a natureza dos seres humanos.

Concepção do estudo

Foi realizado um estudo qualitativo exploratório entre mulheres pós-parto que tinham sido atendidas na Área de Saúde 1 do Serviço de Saúde de Castilla-La Mancha, num centro de saúde urbano e rural.

Definição e participantes.

O estudo foi realizado na Área de Saúde 1 de Toledo, Espanha. A população é definida como “o conjunto de todos os casos que correspondem a uma série de especificações”

(HERNÁNDEZ; FERNÁNDEZ; BAPTISTA, 2006). No nosso caso, a população consistia em 15 mulheres pós-parto, tanto das populações urbanas (8 mulheres) como rurais (7 mulheres). Os participantes foram recrutados durante a visita pós-parto ao escritório da parteira. Estas mulheres foram selecionadas usando uma amostragem propositada baseada no método da variação máxima.

Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão utilizados para este estudo estão listados no Tabela 2.

Tabela 2. Critérios de inclusão.

Critérios de inclusão
Mulheres pós-parto que frequentavam regularmente o centro de saúde (urbano/rural).
Mulheres pós-parto com gestações normais
Mulheres com um parceiro.
Mulheres que entendem espanhol.
Mulheres em idade legal.

Fonte: Elaboração própria dos autores.

Técnicas de recolha de dados utilizadas

Este estudo utilizou uma abordagem qualitativa da recolha de dados através de entrevistas em profundidade semiestruturadas (EPS) com mulheres pós-parto de Março a Maio de 2019. As entrevistas aprofundadas têm como objetivo conhecer as experiências e experiências em torno da sexualidade das mulheres pós-parto, bem como o envolvimento do seu parceiro em assuntos sexuais. As entrevistas foram planeadas com base nas unidades de análise e consideração dos objetivos planeados. Foi pedida autorização a todas as mulheres entrevistadas para serem gravadas e para tomarem notas no local. Confiando nas narrativas das mulheres, havia sempre a possibilidade de esconder e/ou falsificar os sentimentos que elas sentiam na altura. Para assegurar a coerência e precisão do discurso, as perguntas foram estruturadas de forma desigual em diferentes pontos da entrevista. Todas as fases de recolha e análise de dados foram supervisionadas pelo primeiro autor deste artigo, bem como pelo último autor Ph.D., professor e enfermeiro especialista em obstetrícia e ginecologia (parteira), com experiência em estudos qualitativos.

Foi considerado e pensado que o melhor local para conduzir a entrevista era dentro do centro de saúde de referência. Em geral, foi utilizado o escritório da parteira, embora também tenham sido utilizadas as áreas comuns do centro onde são realizadas as reuniões semanais de educação da amamentação para as puérperas da área estudada. Isto permitiria que as entrevistas tivessem lugar de forma mais natural. Nas entrevistas, foi feita uma tentativa de dar uma visão geral da situação das mulheres e da sua sexualidade, experiências,

interesses e atividades, bem como de todos os aspectos que elas queriam destacar e definir as suas próprias características. O investigador tentou comunicar profunda e intimamente com as mães a estudar, ganhar a sua confiança e extrair as suas experiências e sentimentos numa atmosfera íntima durante as entrevistas. A duração de cada entrevista variou de 40 a 65 minutos, dependendo da fluência comunicativa das mulheres pós-parto em relação à expressão da sua sexualidade. No mesmo sentido, esta investigação utilizou uma amostragem não-probabilística, opinativa ou intencional. De acordo com Toro e Parra (2006), a amostragem não-probabilística corresponde a procedimentos de seleção de amostras que envolvem outros fatores que não o acaso, caracterizados pela obtenção de amostras representativas através da inclusão de grupos supostamente típicos na amostra (TORO; PARRA, 2006). A amostragem terminou quando não havia nova informação disponível e a saturação dos dados foi obtida.

Análise de dados

Neste estudo, foi utilizada uma abordagem convencional de análise qualitativa do conteúdo. O processo de análise foi conduzido em simultâneo com a recolha de dados. No final de cada entrevista, todos os ficheiros áudio e notas recolhidas foram datilografados literalmente. Os textos digitalizados foram lidos várias vezes para verificar o seu conteúdo. Unidades semânticas e códigos iniciais foram extraídos dos textos com base no método indutivo. Os códigos iniciais foram categorizados em categorias e meta-categorias de acordo com as semelhanças e diferenças. Finalmente, as meta-categorias formaram o tema principal. Depois de digitar as transcrições da entrevista, o Atlas de software. O software Ti 9.3 foi utilizado para uma melhor gestão de dados.

Fiabilidade dos dados

A investigação qualitativa será válida quando encarna e exprime com precisão as experiências dos participantes no estudo. Para melhorar o grau de fiabilidade da investigação qualitativa, foi proposto o desenvolvimento dos cinco critérios, incluindo credibilidade, fiabilidade, transferibilidade, conformabilidade e autenticidade. O controlo dos membros foi efetuado para aumentar a credibilidade dos dados. Portanto, após a análise, os resultados foram enviados de volta a vários participantes para verificar se os resultados são os mesmos que pretendiam ao expressar as suas experiências. Além disso, os códigos foram revistos independentemente pelos segundo, terceiro, e quarto componentes da equipa de investigação.

Para assegurar a fiabilidade dos dados, todas as entrevistas foram cuidadosamente registadas e redigidas e, durante o relatório de investigação, as conversas dos participantes

foram citadas. Além disso, os resultados da investigação foram entregues a um supervisor externo com experiência em investigação qualitativa para auditar a investigação.

Os investigadores melhoraram a transferibilidade dos dados descrevendo completamente as características dos participantes, o método de amostragem e o local de amostragem. Além disso, foram escolhidas amostras com a máxima variação de idade, gestações normais, e centro de saúde urbano e rural.

A revisão das transcrições das entrevistas e dos códigos extraídos pelo observador externo reforçou os resultados. Os investigadores promoveram a autenticidade da investigação através da seleção adequada das mulheres participantes no pós-parto, bem como o empenho dos investigadores e das mulheres. Os códigos e categorias foram também revistos e as meta-categorias extraídas pelos participantes e membros da equipa de investigação.

Considerações éticas.

Este estudo foi conduzido de acordo com os mais elevados padrões éticos, em conformidade com a Declaração de Helsínquia, as Directrizes da Conferência Internacional sobre Harmonização de Boas Práticas Clínicas e os requisitos éticos e legais nacionais. Todas as mulheres incluídas neste estudo assinaram um formulário de consentimento informado antes da sua inclusão no estudo. O Comité de Ética Clínica e Investigação do Complexo Hospitalar de Toledo aprovou os objetivos e procedimentos deste estudo.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos foram alcançados cruzando dois pontos de vista, um em que tanto os atores como os informadores são tidos em conta (emic), e o outro relativo às categorias conceptuais (etic). Como resultado deste intercâmbio, aspectos significativos não previstos originalmente tiveram origem no campo, os quais estabelecem e compõem as categorias emergentes. Após a realização do nível de análise, emergiram dois domínios teóricos, dos quais comentamos e esclarecemos os resultados subjacentes sobre os quais tentamos explicar os resultados e conclusões da investigação, sendo estes: 1) Visão da puérpera urbana e rural, 2) Realização do papel de mãe e amante.

Visão da puérpera urbana e rural.

Tornar-se mãe é uma etapa que envolve grandes mudanças. É uma total transformação interior e exterior. A sua perspectiva da vida muda radicalmente, assim como as suas preferências, a combinação do trabalho com a esfera doméstica, a sua relação com o seu parceiro, e o seu próprio corpo (ANDRADE REBOLLEDO *et al.*, 2018). Fazemo-nos a pergunta:

qual é a melhor maneira de criar um bebê enquanto ainda se ama o parceiro? Há muitas perguntas que as mulheres fazem a si próprias durante esta fase das suas vidas. Isto é o que as mulheres que acabam de dar à luz expressam e tornam evidente.

Jessica, puérpera rural: "... já estou ansiosa por voltar a ter sexo com o meu parceiro... mas... estarei pronta para isso... acho que não o poderei fazer agora..."

Sandra, puérpera rural: "...em suma, neste período de puerpério deixei o trabalho, agora dedico-me a passear o meu bebê e a tentar recuperar a minha vida sexual normal...ainda não consegui...mas tentámos...dói como da primeira vez, se não mais..."

Ruth, grávida rural: "...casar não foi uma mudança radical, ser mãe foi, quase me ultrapassou, mas continuo a trabalhar fora de casa e estou tão orgulhosa disso...a minha licença de maternidade acabou e comecei a minha vida sexual, um pouco irritante, mas não tão má como eu pensava..."

Laura, grávida urbana: "...Considero-me uma mulher muito independente e, acima de tudo, não concordo com as ideias da minha mãe... e com a sua maneira de fazer as coisas, agora até me sinto um pouco sobrecarregada..."

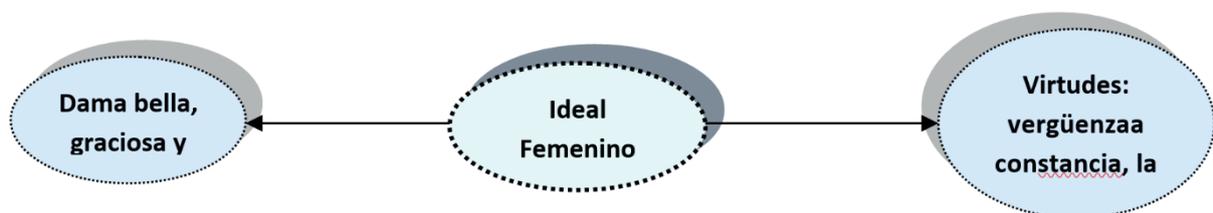
Fernanda, amante da criança urbana: "...estamos a começar a amar-nos novamente, a única coisa é que a ajuda que as avós nos dão de ambos os lados, estamos sobrecarregados, gostaríamos de mais independência..."

Atualmente, nas sociedades ocidentais, existem estereótipos sociais e culturais e os provenientes do modelo biomédico que proporcionam uma visão negativa e patológica desta fase da vida de uma mulher. Contudo, existem outras culturas que vêem o período pós-parto como algo positivo, já que neutraliza tabus relacionados com o facto de ser mãe, adquirir reconhecimento e prestígio social (DEL OLMO, 2018). O ser humano é um ser sexuado, os nossos comportamentos, a visão que temos de nós próprios, os nossos valores, autoestima, etc. condicionam a forma como nos expressamos a nível sexual, de género e pessoal. De tal forma que a sexualidade é uma energia vital que nos acompanha para a vida e nos condiciona, motiva-nos a procurar contato, prazer, afeto, intimidade, ternura. O nosso modo de pensar, a nossa maneira de nos relacionarmos, a nossa percepção, as nossas sensações, não pertencem a um sexo específico, nem a um momento específico da vida, mas acompanham-nos para toda a vida. No entanto, a sociedade ocidental tende a dicotomizar, o que leva a problemas de comunicação entre os sexos. O psicoerotismo feminino é fortemente influenciado pelo grande desenvolvimento da globalidade. Enquanto que o psicerotismo masculino se concentra mais em aspectos como a genitalidade (RODRÍGUEZ; SUEIRO, 2017).

Durante anos, os valores sociais foram construídos e internalizados sob a visão masculina, atribuindo papéis específicos ao segundo sexo e funções diferenciadas para mulheres e homens e hierarquizando as relações de género. Isto cria imagens simplistas da realidade e ciclos biológicos tais como menstruação, reprodução e educação rodeados de mitos,

crenças e tabus (GÓMEZ *et al.*, 2016). A repercussão social provém dos códigos legislativos, de onde prevaleceu a legislação discriminatória, que esteve em vigor muito perto do século XXI. Esta situação é mais acentuada na zona rural de estudo do que nas zonas urbanas e mesmo semi-urbanas. As manifestações femininas são diferenciadas em ambos os casos, com maior subordinação tanto aos homens como aos costumes sociais na zona rural, e esta situação estende-se mesmo à formação das mulheres, que estão melhor preparadas a nível urbano e semi-urbano em comparação com as mulheres rurais no parto, onde o patriarcado ainda hoje prevalece em grande medida. Atualmente, a vida familiar reflete as mudanças que a nossa sociedade tem sofrido. A questão da reconciliação familiar é mais importante do que era há décadas atrás. Há períodos de amamentação mais longos, ajuda financeira para a maternidade, ajuda que, embora não tão grande como costumava ser, mostra a importância do binómio mãe e filho e a importância do papel da mulher. O sub-urbano é entendido como uma estrutura de habitat, uma forma diferente de ocupação, cultura e relacionamento. Portanto, em geral, oferece um ambiente mais amigável da natureza e mais lento do que num ambiente urbano. Deve ter-se em conta que, convencionalmente, tanto masculino como feminino são atualmente apresentados e aplicados como dois códigos morais diferentes (DEL OLMO, 2018; LAGUNAS-VÁZQUES; FELIPE BELTRÁN-MORALES; ORTEGA-RUBIO, 2016).

Figura 1. Diagrama do ideal feminino.



Fonte: Elaboração própria dos autores.

Por outro lado, é de notar que a maternidade pode manifestar um compromisso vitalício para com o casal, o que implica a construção da sua própria família e, como consequência, a liberdade. Isto traduz-se em independência com a capacidade de gerir a própria vida, uma questão importante especialmente para as mulheres pós-parto nas zonas rurais (VELÁZQUEZ BARRIOS; DÍAZ JIMENEZ; REINA CARO, 2019).

Em geral, existe uma diferença entre as mulheres urbanas e semi-urbanas pós-parto, porque nas zonas rurais, mesmo durante o período de grave desconforto pós-parto, os cuidados do lar são deixados à própria mulher, ou por vezes ela é ajudada por um membro da família feminina (DELBONO, 2018).

Jessica, puérpera rural: "...é que todo o fardo é meu... e o mau é que no meu

ambiente, onde vivo, esta situação é bem vista, aceitamo-la para que não nos influencie como casal e, de tal forma, que por vezes fico sobrecarregada...”.

Montserrat, puérpera urbana: “...agora com uma criança e a minha casa, é complicado, acrescente-se a isto que tenho de começar a minha vida profissional em breve, não tenho ajuda, também não tenho a minha mãe muito disposta a ajudar, nem todas as mães podem e são as mesmas...”.

É evidente que a figura masculina é libertada das actividades domésticas, pelo contrário, está intimamente associada ao ambiente onde estas mulheres vivem, cumprem as diretrizes morais de comportamento e conduta que se espera delas, sobretudo para provarem ser uma boa mãe e, se possível, também uma grande amante (LAGUNAS-VÁZQUES; FELIPE BELTRÁN-MORALES; ORTEGA-RUBIO, 2016).

Parece óbvio que as mulheres pós-parto no ambiente urbano dão maior importância ao tipo de trabalho, ao ganho de bens, à formação e, por último, a grandes espaços para as famílias, uma vez que o casamento e a maternidade estão atualmente a ser adiados.

Cumprir o papel de mãe e amante

O papel é a “função que alguém ou algo cumpre” (fazendo parte da definição da Real Academia Espanhola), neste caso seriam as funções que tanto a mulher grávida como o homem têm de desempenhar para cumprir o papel de pais. Embora seja verdade que em períodos recentes o conceito do papel tanto para mulheres como para homens tem vindo a mudar devido a mudanças sociais, económicas e, claro, culturais. Esta mudança está ligada à transição do conceito de família, ao longo dos últimos anos, como já foi comentado anteriormente, a organização familiar tem vindo a mudar, anteriormente as sociedades eram fundamentalmente patriarcais, em que o homem era responsável pelo fornecimento de todo o tipo de recursos, do trabalho fora de casa e da subsistência da família e a mulher era responsável pelas tarefas domésticas e dos cuidados com as crianças. Embora se deva notar que a relação da mulher com o seu parceiro facilita o cumprimento do papel (THIAM, 2017). A aquisição do papel acontece graças à assunção de um novo desempenho social e ao consequente desempenho de comportamentos já previstos pelo novo ocupante do papel.

As regras gerais de conduta para agir de acordo com certos papéis que são introduzidos e determinados pela sociedade são conhecidas como “regras sociais”. Simbolizam e constituem modelos ou ideias socialmente aprovadas para circunstâncias bem definidas num determinado momento. Portanto, socialmente, o papel da mãe associado à mulher e a assunção de que “ser pai e mãe” é um passo natural no desenvolvimento biológico, para o qual existe uma competência inata no ser humano, uma vez que se acredita socioculturalmente que ser pai ou mãe é uma questão de tempo, e é uma questão que o ser humano possui e está preparado para ser um (GONZÁLEZ; GONZÁLEZ; QUIROGA, 2017).

A capacidade reprodutiva da mulher é instituída como um dever, uma norma cujo objetivo final podemos especificar é o controlo tanto da sexualidade como da fertilidade, alcançado uma vez que o recém-nascido nasce e a mulher se encontra num novo período da sua vida, o puerpério (GÓMEZ; DE PINTO; *et al.*, 2016).

Nem todos os casais reagem da mesma forma ao nascimento do seu filho; há mães que, após um parto difícil e doloroso, não estão inicialmente envolvidas emocionalmente, e esta situação é agravada pela acumulação de fadiga associada às contínuas exigências do bebé, o que pode acentuar sentimentos de depressão (GONZÁLEZ CRUZ, 2017).

Sandra, amante da criança rural: "...jogos e carícias à noite acima de tudo... não faltam..., embora quando o meu bebé chora eu seja quem o atende, penso que é porque sou eu quem o escuta primeiro, penso que sim..."

Veronica, grávida rural: "... agora as minhas penetrações são dolorosas, algumas talvez um pouco menos, mas é sempre... especialmente no início dói e depois diminui, mas no início dói!..."

Fernanda, puérpera urbana: "...mas não pensem que é impossível esperar mais. Ele tem ainda mais dúvidas do que eu...não sei se conseguiremos, houve tantas mudanças em tão pouco tempo...é difícil adaptar-se, a tudo, ao sexo, à criança, a tudo..."

Estudos anteriores mostraram que o conceito de relações sexuais antes do parto, a cumplicidade dos casais e de si próprios na partilha de sentimentos, carícias, cumplicidade, bem como o apoio masculino à mulher, influenciarão a aceitação do papel, de modo que uma informação sexual adequada antes e depois do parto ajudará a ultrapassar possíveis dificuldades (DELBONO, 2018). No entanto, há pouca literatura atualizada sobre este tópico.

A educação materna é muito importante na puérpera, especialmente na questão das relações sexuais e do apego ao novo ser, pois o trabalho a nível comunitário com estas mulheres ajudará a obter uma posição positiva em relação à maternidade e à forma de expressar o sexo neste momento, mesmo realizando grupos de educação sexual, com o envolvimento de toda a equipa interprofissional, tal como foram criados grupos de apoio à amamentação (GÓMEZ; MATAS; *et al.*, 2016; GONZÁLEZ; GONZÁLEZ; QUIROGA, 2017). Uma vez que este é um grande momento de estimulação e empoeiramento. Um dos dados mais significativos sobre a razão para o distanciamento da sexualidade durante este período vital é que quase metade das mulheres do estudo afirmou ter tido importantes dúvidas sobre a sexualidade no que respeita ao medo, relações sexuais, dor e conselhos sobre posturas que melhoram as relações sexuais, coincidindo com o que também foi afirmado por (VELÁZQUEZ BARRIOS; DÍAZ JIMENEZ; REINA CARO, 2019).

■ CONCLUSÃO

As diferenças cognitivas entre os gêneros estão relacionadas com os determinantes socioculturais subjacentes. Neste sentido, podemos ver como os papéis atribuídos a cada sexo não recebem o mesmo reconhecimento social. Esta construção cultural visa estabelecer a desigualdade baseada nas diferenças que estabelecem uma hierarquia que reafirma a subordinação do feminino face à hegemonia do masculino. Assim, a sexualidade estabelece uma ordem factual que tem uma forma concreta nas diferentes oportunidades e diferentes restrições.

Torna-se claro que o desenvolvimento do puerpério é a origem de novas formas de vida, bem como o novo início da atividade sexual numa época de mudanças biopsicossociais que são susceptíveis de interferir nesta readaptação. Outras questões que levantaram a questão do reajustamento incluíram a presença do bebé e o desconforto de ter sexo na sua presença, bem como o facto de os seus parceiros terem de mostrar paciência até estarem prontos para ter sexo. Sentimentos distintos relacionados com o aleitamento materno também foram experimentados. A construção de significados permitirá que as mulheres recuperem melhor durante o período pós-parto. A forma como moldam as suas experiências sobre os seus corpos, emoções e comportamentos traz subjetividade às suas experiências e relações sociais. A educação afetivo-sexual está ligada à formação integral das crianças e adolescentes e forma informação científica que incorpora plenamente a sexualidade, de forma saudável e enriquecedora, nas várias fases da vida, adaptando-se à situação socio-cultural, económica, histórica e social em que se desenvolve.

■ AGRADECIMENTOS E/OU FINANCIAMENTO

Agradecemos às mulheres do pós-parto urbano e rural pela sua colaboração e participação no estudo.

■ REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, Daniela et al. Fatiga postparto: revisión de la literatura. **Revista chilena de obstetricia y ginecología**, v. 83, n. 2, p. 161–169, Jun. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000200161&lng=es&nrm=iso&tlng=es>. Acesso em: 1 set. 2021.
2. CARTA, Mariangela; GONZÁLEZ, Mireya. Función y patrón sexual: características y evolución durante el embarazo. **Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela**, v. 76, n. 2016, Set. 2016. Disponível em: <http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322016000400003>. Acesso em: 2 set. 2021.

3. DEL OLMO, Gemma. Cruce de Fronteras. Relevancia de la sexualidad en el feminismo. **Feminismo/s** 31, p. 65–81, Jun. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.14198/fem.2018.31.03>>. Acesso em: 20 ago. 2021.
4. DELBONO, V. Sexualidad en el período grávido-puerperal. **An Facultad Med (Univ Repúb Urug)**, v. 5, n. 2, p. 141–145, 2018.
5. GÓMEZ, Sagrario. **La expresión de la sexualidad en la mujer gestante y puérpera**. Universidad Europea de Madrid, 2012.
6. GÓMEZ, Sagrario; MATAS, Margalida; et al. Sexual experiences and differences: Spanish and immigrant postpartum women in a health area of Palma de Mallorca (Spain). **Revista de Enfermagem Referência**, v. IV Série, n. Nº 9, p. 115–124, 2016.
7. GÓMEZ, Sagrario; DE PINTO, José Manuel Matos; et al. The importance of religiosity/spirituality in the sexuality of pregnant and postpartum women. **PLoS ONE**, v. 11, n. 6, p. 1–15, 2016.
8. GONZÁLEZ CRUZ, Isabel María. **Análisis de la intervención enfermera en el proceso de instauración de la lactancia materna**. 2017. Universidad de Málaga, 2017. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=234388&info=resumen&idioma=SPA>>. Acesso em: 21 ago. 2021.
9. GONZÁLEZ, Jeison Alexander; GONZÁLEZ, Sara Alejandra; QUIROGA, Nataly. Las madres y su rol educador: una experiencia de cambio desde la educación popular. **Infancias Imágenes**, v. 16, n. 1, p. 25–42, 2017.
10. HERNÁNDEZ, Roberto; FERNÁNDEZ, Carlos; BAPTISTA, Pilar. **Metodología de la investigación**. México: Mc Graw Hill, 2006.
11. LAGUNAS-VÁZQUES, Magdalena; FELIPE BELTRÁN-MORALES, Luis; ORTEGA-RUBIO, Alfredo. Desarrollo, feminismo y género: cinco teorías y una canción desesperada desde el Sur. **Revista Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina.**, v. 4, n. 2, p. 62–75, 2016.
12. ROCA, Cámara; RIVERO, Rodríguez; PÉREZ, Martín. Sexualidad durante el puerperio y la lactancia. **Universidad Zaragoza**, v. 102, p. 9, 2018. Disponível em: <https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2019/11/SMartindeMaria_Sexualidad-en-el-puerperio.pdf>.
13. RODRÍGUEZ, Beatriz; SUEIRO, Encarnación. Sexualidad en embarazo y postparto : la necesidad de educación afectivo-sexual. **Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación.**, v. 14, n. 14, p. 0–3, 2017.
14. SAYDAM, Birsen Karaca et al. Effect of delivery method on sexual dysfunction. **Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, v. 32, n. 4, p. 568–572, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1387243>>.
15. THIAM, Melinda A. Perinatal Mental Health and the Military Family: Identifying and Treating ... - Google Libros. **New York**. [S.l.: s.n.], 2017. p. 93–99. Disponível em: <https://books.google.es/books?id=RCQIDwAAQBAJ&pg=PA97&lpg=PA97&dq=may+y+fletcher+2013&source=bl&ots=h_y3jcJR_b&sig=ACfU3U3FZr79x_b4Pzp8U0f2d3JAQaqlhQ&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwi1m5vJi-ryAhV-BGMBHe8cAiMQ6AF6BAgXEAM#v=onepage&q=may+y+fletcher+2013&f=false>. Acesso em: 1 set. 2021.

16. TORO, Ivan; PARRA, Ruben Darío. **Método y conocimiento: metodología de la investigación : investigación cualitativa/cuantitativa.** [S.l.]: Universidad Eafit, 2006. Disponível em: <<https://books.google.es/books?hl=es&lr&id=4Y-kHGjEjy0C&oi=fnd&pg=PA275&dq=Parra,+Rubén+y+Toro+Iván,+2003+metodologia&ots=FCKvv5cOfV&sig=zR4c6i0mS122JilihD-4S1U9yyE#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em: 28 ago. 2021.
17. VELÁZQUEZ BARRIOS, Manuela; DÍAZ JIMENEZ, Desireé; REINA CARO, Antonio José. Recuperación de la actividad sexual tras el parto. **Sanum**, v. 3, n. 1, p. 36–42, 2019. Disponível em: <<https://revistacientificasanum.com/articulo.php?id=52>>.

Perfil epidemiológico das puérperas em uma maternidade do município de Ponta Grossa: implicações ao aleitamento materno

| **Vitória Régia Sales Lima**
UEPG

| **Thiane Cristina Wosniak**
UEPG

| **Ana Paula Xavier Ravelli**
UEPG

| **Brenda Cristiny Padilha**
UEPG

| **Mariana Faria Szczerepa de Almeida**
UEPG

| **Laryssa De Col Dalazoana Baier**
UEPG

| **Eva Aparecida de Almeida**
UEPG

RESUMO

O objetivo desse estudo foi construir o perfil epidemiológico de puérperas assistidas em uma maternidade pública do município de Ponta Grossa a fim de verificar as implicações resultantes nos índices de aleitamento materno dessa região. Tal pesquisa foi desenvolvida por profissionais enfermeiras que atuam diretamente na assistência desse serviço. Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo com abordagem quantitativa, o qual faz parte do projeto de extensão Consulta de Enfermagem no Pré-Natal e Pós-parto da Universidade Estadual de Ponta Grossa, que desde o ano de 2006 vem atuando na educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal visando minimizar as dúvidas das puérperas quanto ao pós-parto e aleitamento. Após a tabulação dos dados, resultou em um total de 2035 atendimentos nos 10 anos. Referente à amamentação, 2,1% (43) não estavam amamentando no puerpério mediato, ou seja, após a primeira hora pós-parto mediato, e 97,9% (1992) amamentaram neste período. No entanto, foi observado que entre as mães que amamentavam uma parcela considerável enfrentava dificuldades como o ingurgitamento mamário e fissuras. A atuação do enfermeiro obstetra está além do acompanhamento ao parto, no qual seu papel abrange todo ciclo gravídico-puerperal, ou seja, atuando desde as consultas de pré-natal até o pós-parto e aleitamento materno, visando minimizar fatores de risco que possam levar ao desmame precoce.

Palavras-chave: Aleitamento Materno, Puerpério, Cuidados de Enfermagem, Enfermeiro Obstetra.

■ INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo, ou seja, quando o bebê recebe apenas leite materno até os seis meses de vida, sendo a alimentação ideal e adequada para a criança além de conter todos os nutrientes necessários para o seu crescimento e desenvolvimento (World Health Organization, 2001).

Realizar práticas que protejam a amamentação é também influenciar indiretamente nos índices de morbimortalidade neonatal, uma vez que o leite materno possui a capacidade de promover nutrição e proteção imunológica. O desenvolvimento da defesa do organismo é observado nas crianças que amamentam exclusivamente, por meio da diminuição dos números de diarreia, infecções respiratórias e alergias imediatamente; hipertensão e obesidade posteriormente (BRASIL, 2015).

Apesar da mortalidade infantil atualmente está ligada em maior número com fatores que demandam de intervenções e capacitação tecnológica dos serviços médicos e instituições, como a prematuridade, malformações congênitas e complicações decorrentes da condução do parto (FIGUEIREDO, 2017). Há de se considerar que as causas de morte dessa faixa etária e as intervenções necessárias não excluem totalmente o impacto da AME. De acordo Antunes *et al* (2017) os estudos apontam para proteção contra hipotermia e sepse fator de grande mortalidade no período neonatal precoce.

Após o primeiro semestre, ocorre a necessidade de alimentação complementar, na qual a amamentação dará continuidade até os dois anos ou mais (AMARAL *et al*, 2015; MARANHÃO *et al*, 2015). São várias as vantagens do aleitamento materno, tanto para a mãe, quanto para o bebê. Para o bebê, o leite materno realizará a proteção de diversas doenças como infecção respiratória, doenças cardiovasculares, reduz chances de obesidade e entre outros (BRASIL, 2017).

Quanto aos benefícios para a mãe, ele é associado a perda de peso, aumento dos dias de amenorréia além de diminuir a chance de gravidez, reduz o número de casos de câncer de mama e de ovário e propicia um maior vínculo afetivo ao binômio (MARANHÃO *et al.*, 2015; BRASIL, 2015).

Amamentar vai para além do campo fisiológico, essa é uma importante etapa na construção do vínculo entre mãe-filho e futuramente mãe-filho-família (BRASIL, 2015).

Estudos indicam ainda repercussão no nível de escolaridade, mais tarde resultando em maior renda na vida adulta, devido a associação com a progressão do desempenho cognitivo (VICTORA *et al.*, 2016).

É de extrema importância o papel do profissional de saúde em medidas preventivas no que se refere às intercorrências mamárias como também nas orientações diante das dificuldades na amamentação. Entre os problemas vivenciados na amamentação podemos

citar o ingurgitamento mamário, os traumas mamilares, mastite, produção de leite diminuída, sendo recorrentes da técnica errada, mamadas em horários determinados pela mãe, uso de complementos e entre outros fatores que predispõe a complicações na amamentação (BRASIL, 2019).

Entre estes profissionais, o enfermeiro obstetra tem grande importância no ciclo gravídico puerperal sendo que um dos cuidados realizados por este, são as orientações relacionadas aos cuidados no aleitamento materno (SILVA, 2020).

Visto a importância e as vantagens do aleitamento materno, sendo que muitas vezes ele é interrompido por meio de dificuldades encontradas pelas mães ou a falta de orientação, o objetivo do estudo foi identificar o perfil das puérperas e as complicações apresentadas relacionadas ao aleitamento materno.

■ MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo com abordagem quantitativa, o qual faz parte do projeto de extensão Consulta de Enfermagem no Pré- Natal e Pós-parto da Universidade Estadual de Ponta Grossa, que desde o ano de 2006 vem atuando na educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal visando minimizar as dúvidas das puérperas quanto ao pós-parto e aleitamento.

A pesquisa foi realizada em uma maternidade do Município de Ponta Grossa, que atende gestantes de risco habitual e intermediário, no período de 2006 a 2015, por meio de questionário estruturado no qual obteve-se as seguintes variáveis: história obstétrica (primigesta e multigesta), estado civil (solteira, casada e relação estável), escolaridade (ensino fundamental completo, ensino médio completo, ensino superior completo e incompletos), idade (=19 anos, 21 a 30 anos e = 35 anos), realização e o número de consultas de pré-natal (=7 e = 7), participação de grupo de gestantes, preparo das mamas, profissional que realizou as orientações, tipo de parto (vaginal e cesariana).

E em relação ao aleitamento materno, a prática da amamentação no puerpério mediato, características das mamas referentes a presença de ingurgitamento ou fissura e a quantidade de produção láctea (pouco, moderado e muito).

Após a coleta, os dados foram tabulados em Excel, e análise estatística descritiva das variáveis, por frequências simples. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEPG sob parecer número 1.055.92.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a tabulação dos dados, resultou em um total de 2035 atendimentos nos 10 anos. Referente à amamentação, 2,1% (43) não estavam amamentando no puerpério mediato, ou seja, após a primeira hora pós-parto mediato, e 97,9% (1992) amamentaram neste período.

Quanto ao preparo das mamas, 48,1% (979) não preparou e 51,9% (1056) afirmou ter preparado. Das características das mamas, na mama esquerda, 4,3% (87) apresentaram ingurgitamento, 18,4% (374) fissura; relacionado à produção láctea, 8,3% (169) relatou pouca quantidade, 59,3% (1207) quantidade moderada e 32,4% (659) muita produção.

Na mama direita, 4,2% (85) apresentavam ingurgitamento, 18% (366) fissura e da produção láctea, 11,1% (226) pouca, 52% (1058) moderado e 36,9% (741) muita produção.

No que diz respeito a gestação, 48,3% (983) eram primigestas e 51,7% (1052) multigestas e quanto ao estado civil, 28,2% (574) eram solteiras, 38,9% (792) casadas e 32,9% (669) com relação estável.

Na escolaridade, 40,2% (818) tinham o ensino médio completo, 37,7% (767) ensino fundamental incompleto 8,1% (165), ensino superior completo e 14% (285) apresentavam em alguns dos ensinos, incompletos.

Quanto à idade, 24,5% (499) tinham 19 anos ou menos, 49,9% (1015) de 21 a 30 anos e 25,6% (521) 35 anos ou mais.

Considerando o pré-natal, todas realizaram a consulta de pré-natal sendo que 39,5% (804) realizaram menos de 7 consultas e 60,5% (1231) 7 ou mais consultas.

Referente ao grupo de gestantes, 40,2% (818) não participou e 59,8% (1217) participou.

Quanto ao tipo de parto, 26,3% (535) cesariana e 73,7% (1500) parto vaginal.

Apesar do crescente incentivo ao aleitamento materno, através das campanhas institucionais, fluxogramas, agosto dourado e a disponibilização de profissionais qualificadas para o acompanhamento intra – hospitalar é observado que as dificuldades básicas ainda persistem.

Entre os obstáculos observados no presente estudo está o ingurgitamento mamário, onde a mama encontra-se dolorosa, somada ainda com o achatamento do mamilo, dificulta a pega do bebê, podendo ocasionar fissuras por pega errada.

O ingurgitamento é mais frequente do terceiro ao quinto dia pós-parto e tem associação com fatores relacionados a frequência que a mãe amamenta, duração diminuída, uso de complementos como também o seu início tardio. A fissura é considerada um trauma mamilar e sua ocorrência é relacionada na maioria dos casos pela técnica e pega incorretas (SILVA, 2020).

Na pesquisa de Cervellini, *et al* (2014) foi constatado que mais de 80% das mulheres sentem dor nas mamas no período pós-parto sendo que um dos fatores associado é a primiparidade e ausência de companheiro.

A escolaridade é outro fator de influência, em mulheres com mais de 8 anos de estudo o aleitamento materno exclusivo é três vezes maior do que nas mulheres com menos de 8 anos, assim como também na frequência das mamadas durante um dia (BOCCOLINI, CARVALHO, OLIVEIRA, 2015).

Durante a gestação e o pós-parto ocorrem várias mudanças com as mulheres, principalmente em adolescentes, tanto fisiológicas quanto psicológicas, sendo que na maioria das vezes, é um processo que leva ao medo e ansiedade, por constituírem situações novas em suas vidas e que podem comprometer a amamentação com o desmame precoce. Entre os fatores associados estão a baixa vinculação ao pré-natal, menor poder aquisitivo que conseqüentemente, em alguns casos, levam a falta de informação ao conhecimento do aleitamento materno e suas vantagens, inserindo a alimentação complementar ou interrupção do aleitamento materno (MARANHÃO *et al.*, 2015).

Durante o pré-natal é possível identificar os fatores de risco para o desmame precoce e assim orientar as gestantes sobre os benefícios do aleitamento materno. A continuidade do cuidado durante o pré-natal é essencial para o sucesso do aleitamento materno principalmente nos primeiros dias após o parto, momento no qual podem aparecer dificuldades como a fissura mamária que juntamente com a falta de orientação podem levar a interrupção na amamentação (BARBIERI *et al.*, 2015).

O grupo de gestantes é uma ferramenta que pode ser utilizada para a construção do conhecimento, troca de experiência e de aprendizado, contribuindo de forma importante para a promoção de saúde da gestante (SILVA *et al.*, 2018). Busca informar e orientar sobre os cuidados da gestação, as alterações fisiológicas, emocionais, os cuidados com o recém-nascido, amamentação e planejamento familiar, buscando envolver a família no processo de educação (BRASIL, 2012).

Desta forma, os grupos são de extrema importância para as gestantes, como forma de auxílio para a compreensão do ciclo gravídico puerperal, além da informação sobre os cuidados pós-parto (ALVES *et al.*, 2019).

Com a pesquisa, pode-se notar que grande parte das mulheres não participou dos grupos de gestante, o que talvez tenha implicação nas dificuldades relacionadas ao aleitamento materno.

■ CONCLUSÃO

Podemos concluir que houve um número elevado de fissuras e ingurgitamento, levando em consideração que as puérperas tiveram algumas horas de amamentação e estavam dentro de um ambiente hospitalar.

Um número considerável de mães realizou menos que 7 consultas de pré-natal, sendo que nas consultas são realizadas maior parte das orientações relacionados aos cuidados com as mamas, pega e técnica correta afim de evitar complicações no pós-parto.

A escolaridade e idade são fatores de grande influência e estão relacionados com o grau de conhecimento das vantagens da amamentação.

Tais fatores ressaltam a importância do grupo de gestantes, onde as mães poderiam buscar conhecimento e empoderamento para realizar a amamentação de forma eficaz. Tendo em vista que as complicações e dificuldades apresentadas poderiam ser evitadas com educação em saúde dos pais.

Desta forma, a atuação do enfermeiro está além do acompanhamento ao parto, o seu papel abrange todo ciclo gravídico-puerperal, ou seja, atuando desde as consultas de pré-natal até pós-parto e aleitamento materno, visando minimizar fatores de risco que possam levar ao desmame precoce.

■ REFERÊNCIAS

1. ALVES, F.L.C.; CASTRO, E.M.; SOUZA, F.K.R.; LIRA, M.C.P.S.; RODRIGUES, F.L.S.; PEREIRA, L.P. Grupo de gestantes de alto-risco como estratégia de educação em saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40:e20180023. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180023>.
2. AMARAL, L.J.X.; SALES, S.S.; CARVALHO, D.P.S.R.P.; CRUZ, G.K.P.; JÚNIOR, M.A.F. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrizes. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2015; 36(esp):127-34.
3. ANTUNES, M.B.; DEMITTO, M.D.O.; SOARES, L.G.; RADOVANOVIC, C.A.T.; HIGARASHI, I.H.; ICHISATO, S.M.T.; PELLOSO, S.M. Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional. *Av Enferm.* 2017;35(1):19-29.
4. BARBIERI, M. C.; BERCINI, L. O.; BRONDANI, K. J. De M.; FERRARI, R. A. P.; TACLA, M. T. G. M.; SANT'ANNA, F. L. Aleitamento materno: orientações recebidas no pré-natal, parto e puerpério. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina*, v. 36, n. 1, 2015.
5. BOCCOLINI, C.S.; CARVALHO, M.L.D.; OLIVEIRA, M.I.C.D.; Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública* 2015; 49:91.
6. BRASIL. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília (DF), 2017.
7. BRASIL. Caderno de atenção básica (n 23). Saúde da criança: Aleitamento materno e alimentação complementar. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica; Brasília (DF), 2015.

8. BRASIL. Comissão de Incentivo e Apoio Ao Aleitamento Materno do HU-UFGD - CIAAM. Ministério da Educação (Org.). Manual de Normas e Rotinas de Aleitamento Materno. Dourado - Mg: Ministério da Educação, 2019. 102 p.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
10. CERVellini, M.P.; GAMBA, M.A.; COCA, K.P.; ABRÃO, A.C.F.V. Lesões mamilares decorrentes da amamentação: um novo olhar novo para um problema conhecido. Rev. Esc. Enferm. USP. 2014; 48(2):346-56.
11. FIGUEIREDO, C.E.D.S. O papel do aleitamento materno na redução da mortalidade infantil no Brasil de 1986 a 2006. Dissertação (mestrado) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa, 2017.
12. MARANHÃO, T.A.; GOMES, K.R.O.; NUNES, L.B.; MOURA, L.N.B. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. Cad. Saúde Colet., 2015, Rio de Janeiro, 23 (2): 132-139.
13. SILVA, A.S.F.; PEREIRA, G.M.; NASCIMENTO, G.D.F.; RIBEIRO, M.D.O.A.; FERREIRA, G.R. Prevenção de intercorrências mamárias para evitar o desmame precoce. Revista NBC - Belo Horizonte – vol. 10, nº 20, dezembro de 2020.
14. SILVA, D.D.D.; SCHMITT, I.M.; Costa, R.; ZAMPIERI, M.D.F.M.; BOHN, I.E.; LIMA, M.M.D.; Promoção do aleitamento materno no pré-natal: discurso das gestantes e dos profissionais de saúde. Rev. Min. Enferm. 2018;22:e-1103 DOI: 10.5935/1415- 2762.20180031.
15. SILVA, L.A.T.; FONSECA, V.M.F.; OLIVEIRA, M.I.C.D.; SILVA, K.S.D.; RAMOS, E.G.; GAMA, S.G.N.D. Profissional que assistiu o parto e amamentação na primeira hora de vida. Revista Brasileira de Enfermagem. 2020; 73(2): e20180448.
16. VICTORA, C.G; et al. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 2016.
17. WHO. 54th World Health Assembly. Geneva; 2001. (WHA54/2).

Intervenções de Enfermagem frente à melhoria de cuidados no aleitamento materno: revisão integrativa

| **Ana Clarissa Araújo de Medeiros**

CHLN/Hospital Santa Maria - LX

| **Ana Maria Aguiar Frias**

Universidade de Évora/CHRC

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar na literatura científica quais intervenções e estratégias de saúde estão sendo desenvolvidas/aplicadas com a participação do Enfermeiro(a)/Parteiro(a) para manutenção e melhoria dos cuidados no Aleitamento Materno. Como método foi realizada revisão integrativa de literatura, nas seguintes bases de dados: EBSCO: MEDLINE, MEDICE LATINA, CINAHL, ACADEMIC SEACH COMPLETE, utilizando os seguintes Palavras-chave: “Breastfeeding”; “Interventions”; “Nurse midwives”; “Midwives”; “Midwife”. A seleção foi realizada através da leitura dos títulos e resumos e a análise foi realizada pela leitura exaustiva dos textos na íntegra e extração de dados criteriosa pelas autoras. Dos 72 estudos encontrados, 7 foram selecionados para inclusão. Três categorias foram criadas e descritas: 1. Intervenções realizadas com os(as) Enfermeiros(as)/Parteiros(as); 2. Intervenções realizadas com a Díade (Mãe-Bebê); 3. Impacto das Intervenções e Pontos de Melhoria. Conclui-se que educar os profissionais de saúde e as mães é um componente necessário para o sucesso de todas as intervenções de amamentação. Melhorar o conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais de saúde em relação à amamentação é uma estratégia chave para influenciar as decisões das mães de amamentar e melhorar as taxas gerais de amamentação.

Palavras-chave: Aleitamento Materno, Aleitamento Materno Exclusivo, Parteira, Intervenções de Enfermagem, Estratégias de Saúde.

■ INTRODUÇÃO

O leite materno (LM) é um alimento seguro, limpo, nutritivo e ideal para os bebês (OMS, 2021). Os benefícios são inúmeros para as crianças com Aleitamento Materno (AM), salienta-se a protecção contra muitas doenças infantis comuns como as infecções no aparelho respiratório, diarreias, otite média, além de reduzir a taxa de mortalidade, quando confrontado com as não amamentadas. Crianças amamentadas têm menor probabilidade de terem sobrepeso, obesidade, diabetes e melhor desempenho em testes de inteligência. Promovem também benefícios para a mãe como a redução do mau humor e stresse, estímulo da contracção uterina, risco diminuído à adquirir doenças como o câncer da mama e do ovário, osteoporose e artrite reumatóide (OMS, 2021; SOUZA; MELLO; AYRES, 2013).

A amamentação é uma das formas mais eficazes de garantir a saúde e a sobrevivência da criança. De acordo com as directrizes internacionais, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo de Emergência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a altura ideal para iniciar o AM nos recém-nascidos é na 1.^a hora de vida, Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até o sexto mês, seguido de alimentação complementar até 2 anos ou mais de vida. Apesar dessas recomendações, apenas 44% dos bebês iniciam o AM na 1.^a hora, quase 2 em cada 3 bebês não são amamentados exclusivamente durante os primeiros 6 meses e apenas 40% após os 6 meses (UNICEF, 2020). Duas décadas passadas e ainda não há melhorias significativas nas taxas e por isso a OMS tem como meta que as taxas de amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses sejam de pelo menos 50% até 2025 (OMS, 2021; UNICEF, 2020).

A duração e o sucesso do AM podem sofrer influências através da falta de conhecimento e equívocos em informações sobre o AM, crenças e significados que cada mulher possa atribuir à amamentação. As causas do desmame precoce são múltiplas e complexas, entre elas a desinformação da sociedade sobre o valor do AME; a necessidade da mulher ter uma vida economicamente activa; as pressões estéticas sobre o corpo feminino; a falta de apoio social e do cumprimento integral das leis trabalhistas; a ausência de protecção à trabalhadora do mercado informal e autónoma; os serviços de saúde com rotinas desactualizadas para o estabelecimento do AM; incipientes políticas governamentais e débeis programas de promoção, protecção e apoio, e principalmente, o marketing criativo e persistente das indústrias e de comerciantes de alimentos infantis, mamadeiras, bicos e chupetas (CARVALHO; TAVARES, 2014).

Desta forma, este estudo tem como objetivo identificar na literatura científica quais intervenções e estratégias de saúde estão sendo desenvolvidas/aplicadas com a participação do Enfermeiro(a)/Parteiro(a) para manutenção e melhoria dos cuidados no Aleitamento Materno.

■ DESENVOLVIMENTO

Metodologia

Estudo desenhado de acordo com o método de revisão integrativa que vem integrar e reunir os resultados acerca de determinada questão ou assunto. Foram seguidos então seis passos distintos ao longo do estudo (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010), e entre eles foram realizadas as seguintes atividades em cada fase recomendada:

1ª fase: Elaboração da pergunta norteadora: “Quais intervenções e estratégias de saúde estão sendo desenvolvidas/aplicadas com a participação do Enfermeiro(a)/Parteiro(a) para manutenção e melhoria dos cuidados no Aleitamento Materno?”;

2ª fase: Busca ou amostragem na literatura - EBSCO: MEDLINE, MEDICE LATINA, CINAHL, ACADEMIC SEACH COMPLETE; empregado os seguintes descritores do Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): “Breastfeeding”; “Interventions”; “Nurse midwives”; “Midwives”; “Midwife”.

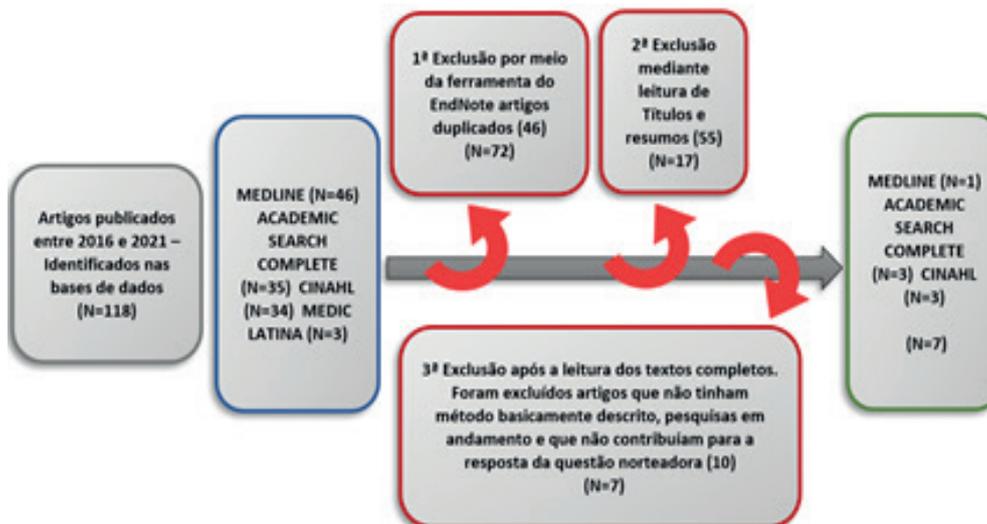
3ª fase: Colecta de dados - criação dos critérios de inclusão: 1) Abordar, descrever, relatar intervenções e estratégias referentes à melhoria e manutenção do Aleitamento Materno desenvolvidos/aplicados por enfermeiro(a)/parteiro(a). 2) Período de publicação de 2016 ou mais. 3) Sem restrição de idiomas.

4ª fase: Análise crítica dos estudos incluídos - posteriormente a apreciação dos títulos e resumos, 7 artigos foram seleccionados, lidos na íntegra e avaliados criteriosamente pelos autores.

5ª fase: Discussão dos resultados - a partir da interpretação e síntese dos resultados, comparou-se as informações contidas e evidenciadas nos estudos dos artigos ao referencial teórico.

6ª etapa: Apresentação da revisão integrativa - cumprimento da discussão de acordo com os temas descobertos e considerações relativas as conclusões dos artigos e desta revisão; formatação final do estudo.

Figura 1. Esquema reprodutivo do processo de busca e exclusão de artigos.



Fonte: Elaboração própria.

■ RESULTADO E DISCUSSÕES

Resultados

Dos 118 artigos encontrados, 7 foram incluídos na análise e as características principais estão na Tabela 1. Cerca de 43% dos estudos incluídos são oriundos da Espanha, 14% para cada um dos outros países (Irã, Japão, Indonésia e Jordânia). Os estudos são recentes nos quais 86% são dos anos de 2020 e 2021 e 14% para o ano de 2019 e quanto as bases de dados 100% indexados na EBSCO.

Tabela 1. Características dos artigos incluídos.

BD/ País Desenho/ Classificação	Título do Artigo	Autores/Ano publicação	Objetivo	Considerações/Temática
EBSCO (CINAHL) Indonésia Desenho quase experimental (Nível 3)	Improving implementation of early initiation of breastfeeding through a standard procedure flowchart	(SYAFIQ; PALUPI; FIKAWATI; FARADHILA, 2021)	Avaliar a melhoria na iniciação precoce implementação através do fornecimento de um fluxograma e explicação do procedimento de implementação de início precoce.	O fluxograma desenvolvido provou ser muito eficaz para aumentar o conhecimento e o sucesso das parteiras na implementação de IP e pode ser usado como uma referência para melhorar a comunicação da parteira com a mãe no serviço intra-parto.
EBSCO (CINAHL) Jordânia Desenho quase experimental, pré e pós-teste, sem randomização (Nível 3)	The effect of a breastfeeding educational workshop on clinicians' knowledge, attitudes and practices	(AL-NUAIMI; ALI; HATEM ALI, 2019)	Avaliar a eficácia de um workshop educacional sobre amamentação sobre os conhecimentos, atitudes e práticas de enfermeiras e parteiras jordanianas em relação à amamentação.	O workshop foi benéfico para melhorar o conhecimento e a prática sobre a importância da amamentação.
EBSCO (CINAHL) Espanha Desenho pré-pós (Nível 3)	Design, implementation and evaluation of an education course to promote professional self-efficacy for breastfeeding care	(ANTOÑANZAS-BAZTAN; PUMARMÉNDEZ; MARÍN-FERNÁNDEZ; REDÍN-ARETA <i>et al.</i> , 2020)	Delinear, implementar e avaliar um curso de educação para melhorar a autoeficácia de enfermeiras e parteiras no cuidado ao AM.	A satisfação dos participantes com a ação educativa foi alta em todos os aspectos medidos. Os profissionais tiveram um aumento nos níveis de autoeficácia para apoiar AM. Participantes, gestores e organizadores do curso identificaram mudanças na forma como os profissionais cuidavam das nutrizes.
EBSCO (ACADEMIC SEARCH COMPLETE) Japão Desenho pré e pós-intervenção em um único grupo. É um estudo observacional (Nível 3)	Implementing an education program for nurse-midwives focused on early essential care for breast milk expression among mothers of preterm infants	(TANAKA; HORIUCHI, 2021)	Examinar as mudanças no conhecimento, atitude e implementação de cuidados adequados de enfermeiras e enfermeiras obstétricas após a implementação de um programa de educação para enfermeiras e enfermeiras obstétricas focado em cuidados essenciais precoces para a ordenha de leite materno entre mães de Prematuros.	Os escores médios de conhecimento das enfermeiras obstétricas no pós-1 e pós-2 foram maiores do que no pré-2. As pontuações de atitude sobre o cuidado no pós-1 e pós-2 foram maiores do que no pré-2. A pontuação de implementação do cuidado no pós-2 foi maior do que no pré-2 em oito itens. Contudo, o programa não causou alterações na iniciação, frequência da ordenha e no volume do leite materno após o parto.
EBSCO (ACADEMIC SEARCH COMPLETE) Espanha Desenho misto, abordagem longitudinal e a análise dos relatórios, qualitativamente (Nível 5)	Monitoring of the Implementation of a Breastfeeding Guideline for 6 Years: A Mixed Methods Study Using an Interrupted Time Series Approach	(RUZAFAMARTINEZ; HARILLO-ACEVEDO; RAMOS-MORCILLO, 2021)	Avaliar o impacto longitudinal da implantação de um programa de CPG que promove o aleitamento materno, seus indicadores quantitativos e qualitativos associados e os custos diretos.	O leite materno na primeira alimentação cresceu no estágio de ganho (24% por trimestre). O AME na alta hospitalar apresentou alterações significativas no período de ganho, que se manteve no período de ajuste, com aumento de 18% na inclinação do estágio de ganho. A distribuição longitudinal dos indicadores qualitativos foi maior nos indicadores na 1ª metade de cada fase. O custo total era de 209.575 € (\$ 248.670,17).
EBSCO (MEDLINE) Espanha Ensaio clínico randomizado controlado multicêntrico (Nível 1)	Effectiveness of a brief motivational intervention to increase the breastfeeding duration in the first 6 months postpartum: Randomized controlled trial	(FRANCO-ANTONIO; CALDERÓN-GARCÍA; SANTANO-MOGENA; RICO-MARTÍN <i>et al.</i> , 2020)	Avaliar a eficácia de uma breve intervenção motivacional para aumentar a duração da amamentação nos primeiros 6 meses após o parto em mães que começaram amamentação na primeira hora após o nascimento.	As análises de sobrevivência de AME e AM mostraram reduções no risco de abandono no grupo de intervenção de 63% e 61%, respectivamente. A autoeficácia atuou como moderadora do efeito da Intervenção Motivacional Breve (IMB) na autoeficácia do AM. Um efeito indireto discreto da IMB por meio do aumento da autoeficácia da amamentação na sua duração.

BD/ País Desenho/ Classificação	Título do Artigo	Autores/Ano publicação	Objetivo	Considerações/Temática
EBSCO (ACADEMIC SEARCH COMPLETE) Irã Ensaio clínico randomizado (Nível 1)	Enhancing Breastfeeding -- Home-Based Education on Self-Efficacy: A Preventive Strategy	(VAKILIAN; FARAHANI; HEIDARI, 2020)	Avaliar os efeitos a educação pós-parto e da educação continuada no domicílio, por meio de folhetos e multimídia (CD-ROM), na promoção dos índices de autoeficácia e aleitamento materno exclusivo.	Não houve diferenças significativas entre os grupos em relação à idade e idade gestacional. Os escores de autoeficácia em amamentação foi maior no grupo intervenção do que no grupo controle após 1 mês de parto. A taxa de AME no grupo de intervenção foi de 89,2 (n=58) a 1 mês após formação em comparação com 55,4% (n=36) no grupo de controle.

Fonte: Elaboração própria.

Deste modo, a análise dos estudos fez emergir temas relevantes para discussão e propiciou a formação de 3 categorias nomeadas a seguir: 1. Intervenções realizadas com os(as) Enfermeiros(as)/Parteiras(as); 2. Intervenções realizadas com a Díade (Mãe-Bebé); 3. Impacto das Intervenções e Pontos de Melhoria.

■ DISCUSSÃO

Abaixo discutiremos temas relevantes encontrados e agrupados durante a leitura dos artigos incluídos:

Intervenções realizadas com Enfermeiros(as)/Parteiras(as)

A OMS recomenda que o Início Precoce da Amamentação (IPA) deve ser facilitado e incentivado e as mães devem receber total apoio para implementar o IPA na primeira hora de vida (OMS, 2021). Apesar da extrema importância e papel vital da IPA, as complexidades da implementação frequentemente subestimam as dificuldades técnicas iniciais na amamentação (BARBOSA; SILVA; PEREIRA; SOARES *et al.*, 2017). Fatores importantes que podem determinar a implementação do IPA são: fatores maternos (idade, desconforto físico e emocional, intenção), fatores do bebê (prematuridade, sexo, peso ao nascer), local de nascimento (casa ou hospital), tipo de parto (normal ou cesariana), as parteiras (profissionais de saúde tradicionais ou treinados) (BBAALE, 2014; BELVEDERE; M.; ANDREASEN; SMITH *et al.*, 2018; HAUCK; FENWICK; DHALIWAL; BUTT, 2011; TAKAHASHI; GANCHIMEG; OTA; VOGEL *et al.*, 2017).

Na Indonésia realizaram um estudo para avaliar a eficácia do fornecimento de directrizes para Iniciação Precoce da Amamentação na forma de um fluxograma para melhorar a implementação do IPA (SYAFIQ; PALUPI; FIKAWATI; FARADHILA, 2021). Realizado em 2018 com 42 parteiras no leste de Jacarta, tratou-se de um estudo com desenho quase experimental. Segundo os autores a implementação do IPA é amplamente determinada pelo papel proactivo dos profissionais de saúde, como assistentes de parto, especialmente as parteiras. As 21

parteiras do grupo de intervenção receberam materiais de informação, educação e comunicação contendo o fluxograma na forma de poster e livreto e a explicação do procedimento de implementação do Início Precoce do AM, enquanto as 21 parteiras do grupo controlo não receberam fluxograma e foram solicitadas que realizassem as práticas habituais (SYAFIQ; PALUPI; FIKAWATI; FARADHILA, 2021). O fluxograma foi criado e desenvolvido com base no pocketbook de 2013 do Ministério da Saúde (MINISTRY; (INDONESIA), 2013) sobre os cuidados maternos, as directrizes sobre cuidados ao parto e gerenciamento dos recém-nascidos da Rede Nacional de Ensaio Clínicos-Saúde Reprodutiva (NATIONAL; HEALTH, 2014) e a Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés, OMS (WHO; ORGANIZATION, 2017).

A Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés, apoiados e patrocinados pela UNICEF e OMS, é um programa criado para superar os problemas com a amamentação no mundo. Dentre as medidas necessárias, é recomendado que todos os profissionais de saúde sejam treinados por meio de curso educacionais e de treinamento de pelo menos 18 horas, incluindo um mínimo de 3h de prática clínica supervisionada para que possam implementar as melhores práticas de amamentação (GAVINE; MACGILLIVRAY; RENFREW; SIEBELT *et al.*, 2016). Na Jordânia desenvolveu-se um estudo que tinha como objetivo avaliar a eficácia de um workshop educacional sobre amamentação, os conhecimentos, atitudes e práticas de enfermeiras e parteira jordanianas em relação à amamentação (AL-NUAIMI; ALI; HATEM ALI, 2019). Um desenho quase experimental, pré e pós teste em 2 grupos, com uma amostra de conveniência de 82 enfermeiras e parteiras recrutadas e distribuídas aleatoriamente entre os grupos (AL-NUAIMI; ALI; HATEM ALI, 2019). Foi realizado um pré-teste em ambos os grupos e um pós-teste 2 semanas após as intervenções. O workshop para oficina do grupo de intervenção abordou diversos assuntos desde a anatomia e fisiologia da mama até as posições para amamentar. Já no workshop para a oficina do grupo controlo teve como conteúdo os princípios de crescimento e desenvolvimento desde o nascimento até 5 anos de idade, o crescimento físico, psicossocial e cognitivo. As oficinas de ambos os grupos ocorreram em um período de 2 horas, utilizando apresentação e PowerPoint, imagens, vídeos e demonstração para educar os participantes sobre os tópicos seleccionados (AL-NUAIMI; ALI; HATEM ALI, 2019). No final da sessão foram distribuídos no grupo intervenção pequenos livros contendo informações importantes sobre o aleitamento materno, e após realização o questionário pré-teste do grupo controlo também o mesmo livreto. Para colectar os dados sobre conhecimentos e práticas de amamentação foram utilizados 2 questionários validados de pré e pós-teste desenvolvidos pela American Academy of Pediatrics (2010) (HENNESSY, 2003).

Os profissionais de saúde que lidam com o AM, independente da sua especialização, dizem não sentirem preparados para esta demanda, que para além dos conhecimentos,

também é necessário habilidade e sensibilidade (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015). Há diversas teorias que são utilizadas nos programas educacionais para profissionais de saúde que abordam a motivação de uma pessoa para aprender (COOK; ARTINO, 2016). Foi desenvolvido em Espanha um curso educacional no contexto de uma pesquisa multicêntrica, que incluíram 43 profissionais de saúde, sendo 25 enfermeiras e 17 parteiras que actuavam em unidade de pré-natal, parto, pós-parto com parturientes ou amamentadas e 4 gestores de unidades de enfermagem (2 enfermeiras e 2 parteiras) (ANTOÑANZAS-BAZTAN; PUMAR-MÉNDEZ; MARÍN-FERNÁNDEZ; REDÍN-ARETA *et al.*, 2020). Utilizaram para o desenho do curso e avaliação o modelo de Kirkpatrick para avaliação de programas de treinamento (KIRKPATRICK; KIRKPATRICK, 2006). O objetivo geral do curso era melhorar a auto-eficácia dos profissionais de enfermagem no cuidado ao AM (ANTOÑANZAS-BAZTAN; PUMAR-MÉNDEZ; MARÍN-FERNÁNDEZ; REDÍN-ARETA *et al.*, 2020). Realizaram um workshop com duração de 4,5h, sendo 2h para motivação e auto-eficácia profissional, 2h para promoção do AM e meia hora para abordar o plano de acção para implementar aspectos praticados no curso de educação. Após o curso de educação, a auto-eficácia foi avaliada em quatro níveis de impacto: reacção, aprendizagem, comportamentos e resultados para o qual foram utilizados para cada nível diferentes instrumentos de avaliação que continham perguntas fechadas e abertas e provas anedóticas. (ANTOÑANZAS-BAZTAN; PUMAR-MÉNDEZ; MARÍN-FERNÁNDEZ; REDÍN-ARETA *et al.*, 2020).

Ainda continua a ser um grande problema global o nascimento prematuro de bebés, com uma taxa mundial estimada em 2014 de 10,6% (CHAWANPAIBOON; VOGEL; MOLLER; LUMBIGANON *et al.*, 2019). E as indicações da OMS e UNICEF permanecem independente de ser parto de termo ou pré-termo, os benefícios do leite materno continuam. Isso indica que as mães de bebés prematuros também devem saber como iniciar a ordenha o período pós-natal precoce, de forma com que a produção e volume do leite sejam satisfatórios até que o bebé possa estabelecer o AM (TANAKA; HORIUCHI, 2021). O Japão realizou um estudo que implementa um programa de educação focado em cuidados essenciais precoces para ordenha do leite materno entre mães de bebés prematuros e examinou as mudanças de conhecimento, atitude. (TANAKA; HORIUCHI, 2021). Um desenho de estudo de pré e pós-intervenção, com 36 enfermeiras obstétricas em um centro médico perinatal e também foi realizado um estudo observacional para examinar mudanças no status da ordenha de mães de bebés prematuros no período de inquérito antes e depois do programa de educação para enfermeiras e enfermeiras obstétricas (TANAKA; HORIUCHI, 2021). Foram investigados o conhecimento e atitude das enfermeiras obstétricas 3 meses antes (pré-1), imediatamente antes (pré-2), logo após (pós-1) e 3 meses após (pós-2) o programa. As efectivações dos cuidados das profissionais de saúde foram investigadas no pré-1, pré-2 e pós-2 e durante

este intervalo, 11 mães (7 antes, 4 após intervenções), revelaram sobre o estado de ordenha do leite por 10 dias após o nascimento (TANAKA; HORIUCHI, 2021).

Intervenções realizadas com a Díade (Mãe-Bebé)

Actualmente na literatura as informações sobre a implementação de directivas de prática clínica promotora da saúde e o seu monitoramento longitudinal ainda são insuficientes (RUZAFAMA-MARTINEZ; HARILLO-ACEVEDO; RAMOS-MORCILLO, 2021). Em consequência disso, foi realizado um estudo em Espanha que tinha como objetivo avaliar o impacto longitudinal da implantação de um programa monitoramento da implementação de Directrizes de Prática Clínica (DPC) que promove o AM, seus indicadores quantitativos e qualitativos associados e os custos directos. Foi utilizado um desenho de métodos mistos, com abordagem longitudinal, de séries temporais interrompidas e a análise dos relatórios do programa de implementação como abordagem qualitativa durante 6 anos (1 ano de pré-implantação, 3 anos de implementação e 2 anos de pós-implantação), desenvolvidos em maternidades e unidades pediátricas de uma área de saúde na Espanha. (MIN; MINNES; YOON; SHORT *et al.*, 2014). Para amostragem continha 7.842 díades mãe-bebé. Segundo as Directrizes de Boas práticas da Registered Nurses Association of Ontário (RNAO) e os princípios do programa canadense Best Practice Spotlight Organizations (BPSO), é direccionado ao enfermeiro e à equipe interpessoal para melhorar a qualidade de atendimento no apoio ao AM (GONZÁLEZ-MARÍA; MORENO-CASBAS; ALBORNOS-MUÑOZ; GRINSPUN *et al.*, 2020). Composto por 16 recomendações baseadas em evidências que buscam otimizar os resultados na comunidade e nas organizações de saúde, foram organizados em 3 níveis: (a) estratégias de suporte para o contacto pele a pele, o início do AM durante a 1ª hora de vida, amamentação responsiva baseada em dicas e posicionamento eficaz, pega, e transferência de Leite Materno (LM); (b) desenvolvimento da educação continuada dos profissionais de saúde para integrar os conhecimentos teóricos e as habilidades práticas relacionadas ao AM; e (c) recomendações de políticas de organização e sistema voltadas para o cumprimento das directrizes legais e éticas relacionadas com a indústria e à adequação de espaços e recursos. Para avaliação dos indicadores foram subdividido em 4 categorias: organização, provedor, usuário ou família e custos. E mais 3 indicadores quantitativos: (a) percentagem de bebés que receberam LM na 1ª mamada, (b) tipo de alimentação dos bebés 24 horas antes da alta hospitalar e (c) percentagem de bebés que tiveram contacto pele a pele imediatamente ou nos primeiros 5 minutos após o nascimento, com duração de 1 hora ou mais (RUZAFAMA-MARTINEZ; HARILLO-ACEVEDO; RAMOS-MORCILLO, 2021).

Outro estudo desenvolvido na Espanha quis avaliar a eficácia de uma Intervenção Motivacional Breve (IMB) para aumentar a duração da amamentação nos primeiros 6 meses

após o parto que começaram amamentação na primeira hora de nascimento e para explorar o papel da generalidade e auto-eficácia da amamentação nessa relação (FRANCO-ANTONIO; CALDERÓN-GARCÍA; SANTANO-MOGENA; RICO-MARTÍN *et al.*, 2020). Um ensaio clínico randomizado controlado multicêntrico, no qual as mulheres foram aleatoriamente designadas para um grupo de intervenção que recebem uma IMB (44 mães) ou um grupo controlo que recebeu educação padrão sobre amamentação (44 mães). No grupo de intervenção, durante o período de pós-parto imediato, recebeu IMB através de uma entrevista de 20-30 min realizadas por uma parteira com formação prévia específica em IMB realizado por psicólogos especializados em entrevista motivacional e posteriormente receberam um reforço da mesma parteira respectivamente no primeiro, terceiro e sexto meses de pós-parto (FRANCO-ANTONIO; CALDERÓN-GARCÍA; SANTANO-MOGENA; RICO-MARTÍN *et al.*, 2020). Em todos os momentos da intervenção foram guiadas por uma entrevista semiestruturada com base em perguntas, reflexões e resumos, de acordo com os princípios de entrevista motivacional (MILLER; R.; ROLLNICK, 2013). Já com o grupo controlo foi realizado uma sessão educacional em saúde sobre AM no pós-parto imediato, com duração de 20/30 min e também foram contactadas por telefone nos mesmo períodos que o grupo de intervenção com informações sobre os benefícios de continuar com o AM e espaço para tirar dúvidas sobre a amamentação. Ambos os grupos lhes foram facultados o folheto elaborado pelo Comité de Lactancia Materna (AEP) (COMITÉ; AEP, 2012) contendo informações sobre amamentação e recursos da comunidade para apoiar a amamentação.

Diferentes estudos identificaram que as características psicométricas maternas, como a confiança da mãe em sua capacidade de amamentar o seu filho (a auto-eficácia da amamentação materna), são determinantes nos resultados, exclusividade e duração do AM (DENNIS; HEAMAN; MOSSMAN, 2011; INOUE; BINNS; OTSUKA; JIMBA *et al.*, 2012; LOKE; CHAN, 2013; OTSUKA; TAGURI; DENNIS; WAKUTANI *et al.*, 2014). O Irã realizou um estudo para avaliar os efeitos da intervenção de educação domiciliar sobre a exclusividade e promoção dos índices de auto-eficácia do AM (VAKILIAN; FARAHANI; HEIDARI, 2020). O ensaio clínico randomizado foi conduzido em um Hospital no Irã com 130 mulheres voluntárias hospitalizadas nas enfermarias do pós-parto. Foram divididos em 2 grupos após randomização para que um recebesse os cuidados habituais (controlo) e o outro grupo educação (intervenção) com CD e panfletos que continham informações como os benefícios da AM para a mãe e o bebé; posição apropriada; problemas com amamentação; e referência para visitar o CD para resolver questões sobre amamentação. (VAKILIAN; FARAHANI; HEIDARI, 2020). Utilizaram o questionário de auto-eficácia em amamentação de Denis e Fox (DENNIS, 1999) para colecta de dados relativos ao AME que ocorreram durante a 1ª visita pós-parto e 4 semanas após o nascimento por meio de entrevistas telefónicas. (VAKILIAN; FARAHANI; HEIDARI, 2020).

Impacto das Intervenções e Pontos de Melhoria

A Educação em formato de mídia, materiais de Informação, Educação e Comunicação (IEC) contendo o fluxograma na forma de pôster e livreto e uma explicação dos procedimentos de implementação do Início Precoce da Amamentação (IPA) foi muito eficaz para melhorar o conhecimento e as habilidades das parteiras nos centros de saúde comunitários do Leste de Jacarta, Indonésia (SYAFIQ; PALUPI; FIKAWATI; FARADHILA, 2021). O estudo revelou que o número relativo à implementação da IPA de parteiras no grupo de intervenção foi significativamente maior que no grupo controle e foi capaz de aumentar o Início Precoce da amamentação em até 95.2%. Desta forma, recomendam que o fluxograma padrão deve ser adaptado e distribuído às parteiras para aumentar o sucesso da implementação de Iniciação Precoce do Aleitamento Materno (SYAFIQ; PALUPI; FIKAWATI; FARADHILA, 2021). As habilidades, atitudes e conhecimentos das parteiras são determinantes no apoio à implementação do Início Precoce e à prática da amamentação (SUMIYATI; DASUKI, 2014). Isso destaca a importância de fornecer habilidades e conhecimentos às parteiras para apoiar nestes momentos específicos (AGUAYO; GUPTA; SINGH; KUMAR, 2016), sendo que ausência de orientações nos hospitais acabaria em decrescentes taxas de iniciação precoce da amamentação (TAKAHASHI; GANCHIMEG; OTA; VOGEL *et al.*, 2017). O estudo reconhece que apesar do sucesso da implementação do programa do IPA serem fundamentais, especialmente as parteiras, o escopo do estudo tem limitações as áreas geográficas, sendo necessários mais estudos para confirmar o benefício em outros lugares (SYAFIQ; PALUPI; FIKAWATI; FARADHILA, 2021).

O aconselhamento, educação e apoio profissional de saúde são essenciais para aumentar as práticas de amamentação. Uma das intervenções mais utilizadas para melhorar as capacidades dos profissionais de saúde são os Workshops (SEIGHALI; FARAHANI; SHARIAT, 2015). Os achados do estudo sobre o efeito de uma oficina educacional sobre amamentação em clínicas na Jordânia mostraram uma média e desvio padrão significativamente maiores no grupo de intervenção ($M=11,73$; $DP=2,6$), em comparativo com o grupo controle ($M=8,38$; $DP=2,59$) após realização do workshop de curta duração (2 horas), constando assim que a actividade educativa foi benéfica para melhorar o conhecimento e a prática sobre a importância da amamentação (AL-NUAIMI; ALI; HATEM ALI, 2019). Demonstrou também que nenhuma das variáveis demográficas (idade, experiência de trabalho ou experiências pessoais de amamentação) tiveram algum efeito sobre o conhecimento, atitudes ou práticas dos participantes. O uso da amostragem de conveniência devido a dificuldade de randomização com as demandas de turnos e carga horárias variáveis são fatores limitantes e a utilização de medidas autorreferidas para avaliação das práticas ao invés de uma lista

de verificação ou métodos observacionais limitaram o tempo para acompanhá-los pode ter influenciado nas pontuações da prática (SEIGHALI; FARAHANI; SHARIAT, 2015).

Em contraste, de acordo com o estudo realizado na Espanha baseado no modelo de Kirkpatrick para o desenvolvimento e avaliação das acções educacionais, houveram diferenças significativas em relação auto-eficácia dependendo da qualidade de sua experiência pessoal e da duração do AM de seus filhos (ANTOÑANZAS-BAZTAN; PUMAR-MÉNDEZ; MARÍN-FERNÁNDEZ; REDÍN-ARETA *et al.*, 2020). O grupo com maior duração do Aleitamento Materno e experiências pessoais mais positivas antes e depois do curso, tendeu a pontuar significativamente mais alto. A satisfação dos participantes foi alta em todos os aspectos medidos (acima de 3,9 numa escala de 0-5). Houve aumento considerável nos níveis de auto-eficácia para apoiar a amamentação nos profissionais (teste de Wilcoxon p -valor = $<0,05$, anterior à intervenção: mediana = 55, [IQR] = 11; posterior à intervenção: mediana 0 60, [IQR] = 14. Foram observadas mudanças na forma como os profissionais cuidavam das nutrizes constatados pelos participantes, gestores e organizadores do curso. Os achados foram muito pertinentes em todos os níveis: reacção, aprendizagem, comportamento e resultados. Isso pode ter relação com a utilização de uma modelo que não apenas centraliza-se na avaliação da educação e sim na viabilização de um método sistemático para planear e implementar um programa. Essa intervenção educacional aumentou a auto-eficácia profissional e o desempenho no cuidado ao aleitamento materno (ANTOÑANZAS-BAZTAN; PUMAR-MÉNDEZ; MARÍN-FERNÁNDEZ; REDÍN-ARETA *et al.*, 2020). Os autores sugerem que esse tipo de curso poderia se utilizado por profissionais com diferentes formações e experiências, todavia o fato de ter sido auto-selecção dos participantes que buscavam voluntariamente o curso pode ter sido um factor que colaborou para os resultados positivos da intervenção. Para estudos futuros, o curso deve ser oferecido a outros profissionais de saúde com menor motivação. Além disso, são necessárias mais pesquisas sobre as diferenças na auto-eficácia apresentadas por profissionais com maior tempo de amamentação e experiências pessoais mais positivas. (ANTOÑANZAS-BAZTAN; PUMAR-MÉNDEZ; MARÍN-FERNÁNDEZ; REDÍN-ARETA *et al.*, 2020).

Quanto ao estudo realizado no Japão com enfermeiras obstetras foram examinadas as mudanças no que diz respeito ao conhecimento, atitudes e implementação de cuidados adequados dos profissionais após a implementação de um programa de educação também, que focalizava os cuidados essenciais precoces para a ordenha do leite materno entre as mães de bebés prematuros foram observadas melhorias até 3 meses após o programa (TANAKA; HORIUCHI, 2021). Obtiveram como resultados os escores médios de conhecimento e atitude no pós-1 e pós-2 consideravelmente maiores que no pré-2, (pós-1: $p <0,001$, pós-2: $p <0,001$), (pós-1: $p <0,001$, pós-2: $p = 0,010$), respectivamente. O score de

implementação do cuidado no pós-2 também foi substancialmente elevado que no pré-2 em 8 itens (um dele pede que explique sobre o efeito de iniciar a ordenha precoce e ajude as mães a fazê-lo). Apesar de terem muitos pontos positivos neste estudo, o programa não provocou alterações na iniciação e frequência da ordenha do leite materno após o nascimento. Isso pode ter ocasionado devido o desfecho primário do estudo ter sido o conhecimento dos cuidados adequados relacionados à ordenha do leite materno dos profissionais de saúde determinante para o benefício de educação e não o volume de leite materno, o pequeno número de mães na pesquisa (dificuldade de recrutar e tamanho da amostra insuficiente e não calculada), e a falta de tempo e de pessoal para adoptar os padrões de atendimento efectivo e apoiar a ordenha das mães. (TANAKA; HORIUCHI, 2021). Programas de educação através de e-learning facilitam por não limitar horário nem espaço físico, e não oneram a aquisição de conhecimento de aprendizagem comparado com o presencial ou tipo palestra (LAHTI; HÄTÖNEN; VÄLIMÄKI, 2014; LEE; LIN, 2013). Desta forma, deve-se considerar e implementar programas de educação utilizando tais métodos de aprendizagem. Para estudo futuros, sugerem ser necessário o desenvolvimento de um método de colecta de dados que disponha para as mães registarem e salvar seus dados relacionados à ordenha de forma mais rápida e simples, como em um aplicativo de celular (TANAKA; HORIUCHI, 2021).

Durante os 6 anos de monitoramento do estudo na Espanha, um programa de Directrizes de Prática Clínica de AM através de uma visão longitudinal da sua implantação, os resultados dos indicadores foram evidenciados e subdividem-se em quatro estágios: linha de base, ganho, ajuste e sustentabilidade ou saturação. (GONZÁLEZ-MARÍA; MORENO-CASBAS; ALBORNOS-MUÑOZ; GRINSPUN *et al.*, 2020). Como acontece em qualquer sistema complexo, este projecto foi um processo interactivo, que necessitou de readaptações as intervenções conforme surgissem novas barreiras e à medida que se aplicavam novas mudanças e um aumento da compreensão do contexto (HOWE-HEYMAN; LUTENBACHER, 2016). O aleitamento materno na primeira alimentação mostrou um aumento considerável na inclinação na fase de ganho (24% pro trimestre), passando de uma taxa de 70% para 90% a 95%, superando as recomendações da OMS e UNICEF (UNICEF; WHO, 2018). A taxa de AME na alta apontou mudanças significativas na fase de ganho (145%), que se manteve na fase de ajuste e diminuiu levemente na fase de sustentabilidade, sem resultados relevantes. A taxa de contacto pele a pele também aumentaram, atingindo valores aproximados aos 80% como indicados pela OMS (UNICEF; WHO, 2018). Quanto aos indicadores qualitativos, evidenciaram mudanças a nível organizacional (aumento dos recursos humanos com a contratação de mais parceiras, melhoria das instalações físicas, aquisições de bombas do leite materno, aplicação do código internacional de comercialização dos substitutos do leite materno, alterações do sistema de registos e acesso às unidades obstétricas), dos profissionais de saúde,

usuários e custos. Em relação aos custos implantação do programa foi um investimento médio anual de 32 € por nascimento na área da saúde, que segundo os autores é um investimento mínimo levando-se em consideração o impacto nos custos dos cuidados de saúde de crianças e mulheres quando o AM é inadequado e semelhante em termo de números em outros estudos reportados (BARTICK; SCHWARZ; GREEN; JEGIER *et al.*, 2017; HOLLA-BHAR; IELLAMO; GUPTA; SMITH *et al.*, 2015). Relativamente as limitações os autores consideram que, por se tratar de um único local com particularidades específicas é um factor de barreira para os resultados dentro de outros contextos. É preciso cautela ao chegar a conclusão que a intervenção foi a causa da melhora dos resultados obtidos por não haver um grupo controlo (RUZAFAMA-MARTINEZ; HARILLO-ACEVEDO; RAMOS-MORCILLO, 2021).

Outro estudo na Espanha concluiu que uma Intervenção Motivacional Breve realizada durante o pós-parto imediato aumenta a duração da amamentação e do AME nos primeiros 6 meses de vida e foi capaz de retardar o tempo de abandono do AME em 11 semanas e da amamentação em 10 semanas (FRANCO-ANTONIO; CALDERÓN-GARCÍA; SANTANO-MOGENA; RICO-MARTÍN *et al.*, 2020). Analiticamente foi evidenciado que o risco de abandono no grupo de intervenção reduziram para AME cerca de 63% e AM (exclusiva e não exclusiva) cerca de 61% em comparação com o risco em mães que tiveram sessões educacionais padrão sobre AM. A auto-eficácia atuou de forma mediadora no efeito indireto e discreto da intervenção da IMB da amamentação, no qual teve um aumento na duração da AM com um índice de mediação moderada de 0,08 (IC 95%: 0,02-0,19). Os resultados deste estudo comparativamente à outros estudos anteriores obtiveram maior sucesso (ELLIOTT-RUDDER; PILOTTO; MCINTYRE; RAMANATHAN, 2014; WILHELM; AGUIRRE; KOEHLER; RODEHORST, 2015). Segundo os autores isto foi possível por terem utilizado um design diferente com uma abordagem terapêutica que se concentra na melhoria da auto-eficácia, identificação do melhor momento para realização da intervenção (quando as mães parem e começam a amamentar) e com a complementação do reforço através do telefone no primeiro e terceiro mês após o parto. Apesar do sucesso obtido neste estudo, houve limitações quanto à amostragem com a inclusão na pesquisa de mães que começaram a AM fazendo com que os resultados se restringem à mulheres que desejam amamentar e tem um ideal início da amamentação (FRANCO-ANTONIO; CALDERÓN-GARCÍA; SANTANO-MOGENA; RICO-MARTÍN *et al.*, 2020). Sugerem ainda que estudo futuros devem analisar se esta intervenção é igualmente eficaz em mulheres que não foram capazes de iniciar a amamentação na primeira hora de vida, fatos este que se associa a uma menor duração do AM (FRANCO-ANTONIO; CALDERÓN-GARCÍA; SANTANO-MOGENA; RICO-MARTÍN *et al.*, 2020).

No estudo realizado no Irã que também referia a auto-eficácia da amamentação, avaliou os efeitos da intervenção de educação domiciliar sobre a exclusividade e promoção

dos índices de auto-eficácia da amamentação. Não constataram diferenças significativas entre os grupos de intervenção e controle acerca da idade e idade gestacional, entretanto as pontuações de autoeficácia em amamentação foram superiores no grupo intervenção (63,66 +/- 6,11) do que no grupo controle (57,04 +/- 6,18) 1 mês após o parto. A taxa de amamentação exclusiva 1 mês após a formação foi de 89,2 (n=58) no grupo de intervenção em comparação com o grupo controle que foi de 55,4% (n=36) (VAKILIAN; FARAHANI; HEIDARI, 2020). A educação contínua de rotina domiciliar, conforme a intervenção fornecida neste estudo), possibilitam que as mães tenham o acesso ao conteúdo educacional e consigam resolver seus problemas relacionados à amamentação em qualquer ambiente e horário. Há uma relação positiva entre a auto-eficácia, como um elemento determinante da autoconfiança e AME (NOEL-WEISS; BASSETT; CRAGG, 2006). A auto-eficácia na amamentação é influenciada através de experiências anteriores de amamentação, experiências vivenciadas por outras pessoas, dor, fadiga, estresse e ansiedade e a persuasão verbal com palavras de outras pessoas como a família, os amigos e especialistas em lactação (OTSUKA; TAGURI; DENNIS; WAKUTANI *et al.*, 2014). Neste estudo além de expor as mães às experiências de sucesso de mulheres lactantes através de CD-ROM, ao receberem as orientações e recomendações verbais das parteiras, proporcionaram um aumento na crença das mães em sua capacidade de superar os obstáculos na amamentação, ajudando assim não apenas a iniciar o AM logo a seguir ao parto, como a continuar amamentando por um período mais longo. Há necessidade de pesquisas adicionais para determinar os efeitos de tais intervenções em diferentes contextos, particularmente em outros estágios da gestação e do parto, compreendendo o pré-natal e o pós parto, e em períodos mais longos. A limitação identificada nesta pesquisa deu-se a dificuldade de ter acesso a alguns participantes durante a última etapa da coleta de dados (as ligações), sendo impeditivo de acompanhar algumas mães participantes do estudo (VAKILIAN; FARAHANI; HEIDARI, 2020).

■ CONCLUSÃO

A duração e o sucesso do AM podem ser influenciado pela falta de conhecimento e erros de informações sobre o tema, através das crenças e significados que cada mulher possa imputar sobre a amamentação, tal como o despreparo dos profissionais de saúde na orientação, políticas públicas vulneráveis na proteção e promoção do AM.

Foram encontrados estudos muito recentes e vários ainda estão em andamento, o que comprova a inquietude, a necessidade de mais estudos e relevância na área de cuidados com amamentação e que podem levar a melhorias na prática e melhores resultados da amamentação. Os estudos evidenciam a necessidade de as enfermeiras/parteiras adotarem

diversas estratégias de educação em saúde não só no contexto da maternidade, como na educação pré-natal, pós-natal, domiciliar, para incentivo do Aleitamento materno.

Portanto, educar os profissionais de saúde e as mães é um componente necessário para o sucesso de todas as intervenções de amamentação. Melhorar o conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais de saúde em relação à amamentação é uma estratégia chave para influenciar as decisões das mães de amamentar e melhorar as taxas gerais de amamentação.

■ REFERÊNCIAS

1. AGUAYO, V. M.; GUPTA, G.; SINGH, G.; KUMAR, R. Early initiation of breast feeding on the rise in India. **BMJ Glob Health**, 1, n. 2, p. e000043, 2016.
2. AL-NUAIMI, K.; ALI, R.; HATEM ALI, F. The effect of a breastfeeding educational workshop on clinicians' knowledge, attitudes and practices. **British Journal of Midwifery**, 27(4): 242-250. 9p., 2019.
3. ALMEIDA, J. M.; LUZ, S. E. A.; UED, F. A. V. [Support of breastfeeding by health professionals: integrative review of the literature]. **Rev Paul Pediatr**, 33, n. 3, p. 356-363, 2015 Jul-Sep 2015.
4. ANTOÑANZAS-BAZTAN, E.; PUMAR-MÉNDEZ, M.-J.; MARÍN-FERNÁNDEZ, B.; REDÍN-ARETA, M. D. *et al.* Design, implementation and evaluation of an education course to promote professional self-efficacy for breastfeeding care. **Nurse Education in Practice**, 45 N.PAG-N. PAG. 1p, 2020.
5. BARBOSA, G. E. F.; SILVA, V. B. D.; PEREIRA, J. M.; SOARES, M. S. *et al.* INITIAL BREASTFEEDING DIFFICULTIES AND ASSOCIATION WITH BREAST DISORDERS AMONG POSTPARTUM WOMEN. **Rev Paul Pediatr**, 35, n. 3, p. 265-272, 2017 Jul-Sep 2017.
6. BARTICK, M. C.; SCHWARZ, E. B.; GREEN, B. D.; JEGIER, B. J. *et al.* Suboptimal breastfeeding in the United States: Maternal and pediatric health outcomes and costs. **Matern Child Nutr**, 13, n. 1, 01 2017.
7. BBAALE, E. Determinants of early initiation, exclusiveness, and duration of breastfeeding in Uganda. **J Health Popul Nutr**, 32, n. 2, p. 249-260, Jun 2014.
8. BELVEDERE; M., L.; ANDREASEN, R.; SMITH, R. *et al.* Archives of epidemiology barriers to optimal breastfeeding in rural Indonesia. 1-7 p. 2018.
9. CARVALHO, M. R.; TAVARES, L. A. M. **Amamentação: Bases Científicas**. Rio de Janeiro: 2014.
10. CHAWANPAIBOON, S.; VOGEL, J. P.; MOLLER, A. B.; LUMBIGANON, P. *et al.* Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. **Lancet Glob Health**, 7, n. 1, p. e37-e46, Jan 2019.
11. COMITÉ; AEP, D. L. M. Recomendaciones sobre lactancia materna. 2012.
12. COOK, D. A.; ARTINO, A. R. Motivation to learn: an overview of contemporary theories. **Med Educ**, 50, n. 10, p. 997-1014, Oct 2016.

13. DENNIS, C. L. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. **J Hum Lact**, 15, n. 3, p. 195-201, Sep 1999.
14. DENNIS, C. L.; HEAMAN, M.; MOSSMAN, M. Psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale-short form among adolescents. **J Adolesc Health**, 49, n. 3, p. 265-271, Sep 2011.
15. ELLIOTT-RUDDER, M.; PILOTTO, L.; MCINTYRE, E.; RAMANATHAN, S. Motivational interviewing improves exclusive breastfeeding in an Australian randomised controlled trial. **Acta Paediatr**, 103, n. 1, p. e11-16, Jan 2014.
16. FRANCO-ANTONIO, C.; CALDERÓN-GARCÍA, J. F.; SANTANO-MOGENA, E.; RICO-MARTÍN, S. *et al.* Effectiveness of a brief motivational intervention to increase the breastfeeding duration in the first 6 months postpartum: Randomized controlled trial **Journal of advanced nursing [J Adv Nurs]**, Publisher: Blackwell Scientific Publications, Vol. 76 (3), p. pp. 888-902, 2020.
17. GAVINE, A.; MACGILLIVRAY, S.; RENFREW, M. J.; SIEBELT, L. *et al.* Education and training of healthcare staff in the knowledge, attitudes and skills needed to work effectively with breastfeeding women: a systematic review. **Int Breastfeed J**, 12, p. 6, 2016.
18. GONZÁLEZ-MARÍA, E.; MORENO-CASBAS, M. T.; ALBORNOS-MUÑOZ, L.; GRINSPUN, D. *et al.* The implementation of Best practice guidelines in Spain through the Programme of the Best Practice Spotlight Organizations®. **Enferm Clin (Engl Ed)**, 30, n. 3, p. 136-144, 2020 May - Jun 2020.
19. HAUCK, Y. L.; FENWICK, J.; DHALIWAL, S. S.; BUTT, J. A Western Australian survey of breastfeeding initiation, prevalence and early cessation patterns. **Matern Child Health J**, 15, n. 2, p. 260-268, Feb 2011.
20. HENNESSY, V. R. Nurses' Role in Breastfeeding Promotion. Masters thesis submitted to Washington State University 2003.
21. HOLLA-BHAR, R.; IELLAMO, A.; GUPTA, A.; SMITH, J. P. *et al.* Investing in breastfeeding - the world breastfeeding costing initiative. **Int Breastfeed J**, 10, p. 8, 2015.
22. HOWE-HEYMAN, A.; LUTENBACHER, M. The Baby-Friendly Hospital Initiative as an Intervention to Improve Breastfeeding Rates: A Review of the Literature. **J Midwifery Womens Health**, 61, n. 1, p. 77-102, 2016 Jan-Feb 2016.
23. INOUE, M.; BINNS, C. W.; OTSUKA, K.; JIMBA, M. *et al.* Infant feeding practices and breastfeeding duration in Japan: A review. **Int Breastfeed J**, 7, n. 1, p. 15, Oct 25 2012.
24. KIRKPATRICK, D. L.; KIRKPATRICK, J. D. **Evaluating Training Programs: the Four Levels**. San Francisco Berrett-koeehler Publishers, Inc., 2006.
25. LAHTI, M.; HÄTÖNEN, H.; VÄLIMÄKI, M. Impact of e-learning on nurses' and student nurses knowledge, skills, and satisfaction: a systematic review and meta-analysis. **Int J Nurs Stud**, 51, n. 1, p. 136-149, Jan 2014.
26. LEE, T. Y.; LIN, F. Y. The effectiveness of an e-learning program on pediatric medication safety for undergraduate students: a pretest-post-test intervention study. **Nurse Educ Today**, 33, n. 4, p. 378-383, Apr 2013.
27. LOKE, A. Y.; CHAN, L. K. Maternal breastfeeding self-efficacy and the breastfeeding behaviors of newborns in the practice of exclusive breastfeeding. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, 42, n. 6, p. 672-684, 2013 Nov-Dec 2013.

28. MILLER; R., W.; ROLLNICK, S. Motivational interviewing: Helping people change. New York: Guilford press 2013.
29. MIN, M. O.; MINNES, S.; YOON, S.; SHORT, E. J. *et al.* Self-reported adolescent behavioral adjustment: effects of prenatal cocaine exposure. **J Adolesc Health**, 55, n. 2, p. 167-174, Aug 2014.
30. MINISTRY; (INDONESIA), O. H. Pocketbook maternal care in basic health facilities and referral. Ministry of Health, Republic of Indonesia 2013.
31. NATIONAL; HEALTH, N. O. C. T.-R. Normal delivery care-essential care for delivery mother and newborn infant and management of immediate post-partum complication. Ministry of Health Republic of Indonesia 2014.
32. NOEL-WEISS, J.; BASSETT, V.; CRAGG, B. Developing a prenatal breastfeeding workshop to support maternal breastfeeding self-efficacy. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, 35, n. 3, p. 349-357, 2006 May-Jun 2006.
33. OMS. **Aleitamento Materno**. 2021. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1. Acesso em: 25 de Agosto.
34. OTSUKA, K.; TAGURI, M.; DENNIS, C. L.; WAKUTANI, K. *et al.* Effectiveness of a breastfeeding self-efficacy intervention: do hospital practices make a difference? **Matern Child Health J**, 18, n. 1, p. 296-306, Jan 2014.
35. RUZAFAMARTINEZ, M.; HARILLO-ACEVEDO, D.; RAMOS-MORCILLO, A. J. Monitoring of the Implementation of a Breastfeeding Guideline for 6 Years: A Mixed-Methods Study Using an Interrupted Time Series Approach. **Journal of Nursing Scholarship**, Vol. 53, n. Issue 3, p. p358-368. 311p, 2021.
36. SEIGHALI, F.; FARAHANI, Z.; SHARIAT, M. The effects of two different breastfeeding workshops on improving knowledge, attitude, and practice of participants:a comparative study. **Acta Med Iran**, 53, n. 7, p. 412-418, Jul 2015.
37. SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein (Sao Paulo)**, 8, n. 1, p. 102-106, Mar 2010.
38. SOUZA, S. N. D. H.; MELLO, D. F.; AYRES, J. R. C. M. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. Rio de Janeiro 2013.
39. SUMIYATI, E. O.; DASUKI, D. Midwives' behavior in early initiation of breastfeeding implementation in Public Health Center II Tambak, Banyumas and I Kemranjen. **Reproductive Health Journal**, p. 1(2), 113–120, 2014.
40. SYAFIQ, A.; PALUPI, R. R.; FIKAWATI, S.; FARADHILA, A. F. Improving implementation of early initiation of breastfeeding through a standard procedure flowchart. **Breastfeeding Review**, 29(2): 15-25. 11p, 2021.
41. TAKAHASHI, K.; GANCHIMEG, T.; OTA, E.; VOGEL, J. P. *et al.* Prevalence of early initiation of breastfeeding and determinants of delayed initiation of breastfeeding: secondary analysis of the WHO Global Survey. **Sci Rep**, 7, p. 44868, 03 21 2017.
42. TANAKA, R.; HORIUCHI, S. Implementing an education program for nurse-midwives focused on early essential care for breast milk expression among mothers of preterm infants. **International Breastfeeding Journal**, Vol. 16, n. Issue 1, p. p1-11. 11p, 2021.

43. UNICEF; WHO. Implementation guidance: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services - The revised Baby-Friendly Hospital Initiative. . Geneva, Switzerland: World Health Organization 2018.
44. UNICEF, I. C. S. E. F. **Infant and young child feeding. Exclusive breastfeeding (< 6 months)**. 2020. Disponível em: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>.
45. VAKILIAN, K.; FARAHANI, O. C. T.; HEIDARI, T. Enhancing Breastfeeding -- Home-Based Education on Self-Efficacy: A Preventive Strategy. **International Journal of Preventive Medicine**, Vol. 11, n. Issue 6, p. p1-5. 5p, 2020.
46. WHO, W.; ORGANIZATION, H. National implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative. 2017.
47. WILHELM, S. L.; AGUIRRE, T. M.; KOEHLER, A. E.; RODEHORST, T. K. Evaluating motivational interviewing to promote breastfeeding by rural Mexican-American mothers: the challenge of attrition. **Issues Compr Pediatr Nurs**, 38, n. 1, p. 7-21, Mar 2015.

Amamentação e Hepatite B na Amazônia Oriental Brasileira: linha do cuidado perinatal e objetivos do desenvolvimento sustentável – Agenda 2030

| **Pilar Maria de Oliveira Moraes**
UFPA

| **Luísa Margareth Carneiro da Silva**
UFPA

| **Elisabeth Christine Dias Ribeiro**
IEC

| **Jorge Rodrigues de Sousa**
UEPA

| **Manuela Maria de Lima Carvalho**
UFPA

| **Arnaldo Jorge Martins Filho**
UEPA

| **Thaís de Oliveira Carvalho Granado Santos**
UFPA

| **Lizomar de Jesus Maués Pereira Mória**
UFPA

| **Xaene Maria Fernandes Duarte**
UFPA

| **Juarez Antônio Simões Quaresma**
UEPA

RESUMO

Introdução: segurança alimentar e nutricional (SAN) é uma política intersetorial que impacta na promoção da amamentação segura abrangendo situações especiais como as mulheres soropositivas para hepatite B e o risco da transmissão vertical (TV). **Objetivo:** foi descrever o cuidado perinatal na hepatite B discutindo sua importância à luz dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). **Método:** Estudo descritivo de abordagem quantitativa, em hospital de referência materna e infantil no Pará, com coleta de dados de agosto a dezembro de 2017 e população de grávidas atendidas no ambulatório e enfermaria de alto risco. **Resultado:** incluiu 534 participantes, com 10 casos positivos para hepatite B (1,87%). O teste rápido para hepatite B no pré-natal de origem foi realizado em 76,45% e em 59,71% das grávidas internadas, 30,50% receberam imunização completa e 7,34% nenhuma dose. A amamentação foi realizada em 100% das portadoras de hepatite B, porém 30% dos bebês receberam a primeira dose da vacina para hepatite B e Imunoglobulina Humana Específica Anti-Hepatite B (IGHAHB) após as 12h pós-parto, não conforme ao protocolo. **Conclusão:** SAN necessita ser fortalecida no Pará, pois a fragilidade no cuidado perinatal, aumenta os riscos para TV podendo impactar negativamente no estabelecimento da amamentação e no alcance dos ODS, no que se refere a erradicação da fome até 2030; redução da taxa de mortalidade materna, neonatal e o combate a hepatite; e assegurar padrões de produção e consumo sustentáveis, para o desenvolvimento sustentável global.

Palavras-chave: Amamentação, Hepatite B, Segurança Alimentar e Nutricional, Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.

■ INTRODUÇÃO

No início do século XX, as preocupações com a fome se tornaram globais, com conquistas no âmbito da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e direitos humanos fundamentais, estes definidos pela Organização das Nações Unidas-ONU em 1948, do qual o Brasil é signatário e incluindo na constituição de 1988 (LEÃO, 2013; BRASIL, 2016).

Nas agendas governamentais mundiais a SAN foi incluída direta ou indireta nos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) e posteriormente nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) para “Agenda 2030” (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2015c).

Em virtude da magnitude da prevalência de pessoas infectadas com o vírus da hepatite B (HBV), além do risco de transmissão vertical (TV), de mãe para filho no período perinatal, foram pactuadas as medidas de prevenção para o alcance das metas mundiais até 2030 (BRASIL, 2005, 2011a, 2018; BENOVA, 2014; BARROS, 2015).

Nos cuidados perinatais para amamentação existem triagem para identificação de mães portadoras de hepatite B, e ações para prevenção de TV ao bebê, imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAB) e vacina da HBV, ademais todo o aleitamento materno é recomendado (BRASIL, 2012a, 2012b, 2015a, 2015b; CDC, 2020).

Este estudo propôs-se descrever o cuidado perinatal em pacientes com HBV atendidas em um hospital de referência da Amazônia Oriental Brasileira, discutindo sua importância à luz da agenda 2030 para os objetivos do desenvolvimento sustentável.

■ MÉTODO

Aspectos Éticos

Este projeto foi submetido ao comitê de ética em pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP) sendo autorizado sob o parecer nº 2.037.289.

Delineamento da pesquisa

O estudo segue modelo de pesquisa descritiva de abordagem quantitativa.

Caracterização do local da pesquisa

O hospital de estudo, localizado no estado Pará- Amazônia Oriental Brasileira, é referência em atenção à saúde da mulher e da criança, Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) desde 1998 e referência estadual em doenças hepáticas, com atendimento 100% do Sistema Único de Saúde (SUS).

A população foi grávidas do ambulatório de pré-natal de alto risco, referenciadas do atendimento da Rede de Assistência à Saúde (RAS) e gestantes internadas na enfermaria de gestação de alto-risco, atendidas na unidade de urgência e emergência. A coleta foi de agosto a dezembro de 2017.

Como critérios de inclusão foram grávidas atendidas no ambulatório ou internadas com hepatite B e de exclusão, grávidas atendidas no ambulatório de alto risco e internadas que não tiveram diagnóstico de hepatite B, ou que não aceitaram participar da pesquisa.

Coleta de dados

Para o rastreamento foi aplicado um formulário, sendo posteriormente submetida ao teste rápido (TR) para hepatite B (imunoensaios cromatográficos de execução simples), usando as medidas de biossegurança recomendadas, coletando-se amostra da gota de sangue da ponta do dedo (equivalente a 75 µL de sangue e dados do prontuário para complementação do protocolo.

Análise dos dados

As informações foram organizadas no Microsoft Office Excel 2007® (Microsoft Corporation, Redmond, USA) num banco de dados. A análise foi no software GraphPad Prism 8.0® (GraphPad Software, San Diego, USA).

A distribuição espacial dos casos de hepatite B foi feita com as coordenadas geográficas (latitude e longitude) obtidas pelo georreferenciamento dos registros das localidades de origem das grávidas utilizando o Sistema do *Google Earth Pro* e especializadas nos SIG ArcGis 10.5 e Terra View 4.2.2. Gráficos foram confeccionados por meio do Software Excel 2010 e foram mapeadas pelas 13 Regiões de Saúde (PES-PA 2012 – 2015).

A descrição da segurança alimentar e nutricional para amamentação na hepatite B foi realizada a partir dos procedimentos previstos no período perinatal, tais como: testes rápidos para HBV, dose oportuna de vacinação no nascimento do HBV e aplicação da imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) até 12 horas após o parto¹².

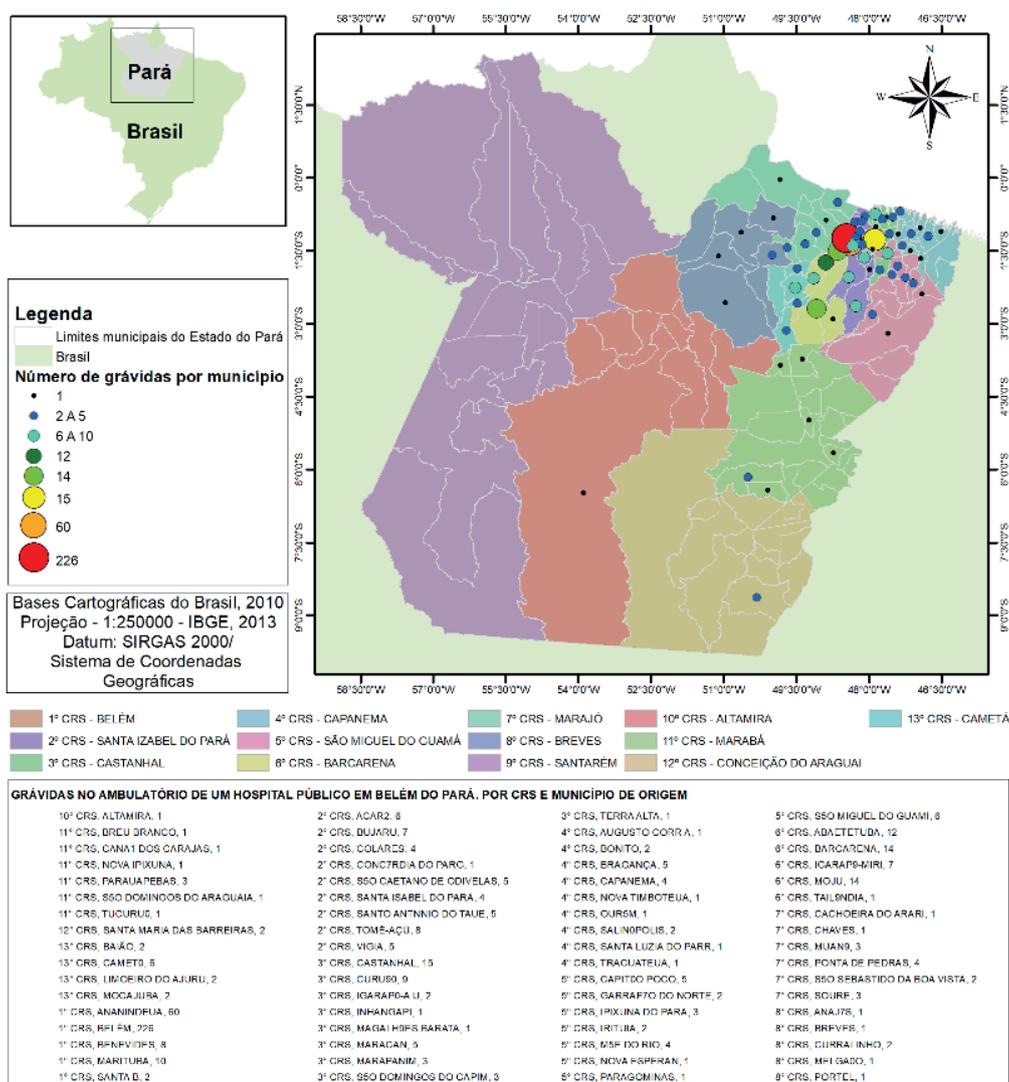
■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas 533 entrevistas, 427 zonas urbana e 106 rural, 256 do ambulatório e 277 da internação de alto risco. O perfil socioeconômico foi de maioria adultas (92,7%), da zona urbana (80%), com mais de 9 (nove) anos de estudo (75,2%), renda familiar menor ou igual a 1 (um) salário-mínimo (4%) e estado civil casada ou união estável (64,9%).

Foram identificadas 10 gestantes com hepatite B, na faixa etária de 19-39 anos (94,46%), cor parda (77,77%), casadas ou em união estável (88,88%), procedentes da Região Metropolitana de Belém (72,22%), com mais de 9 (nove) anos de estudo (72,21%), renda familiar até 2 (dois) salários-mínimos (94,44%), com casa própria (66,66%) e ocupação do lar (66,66%).

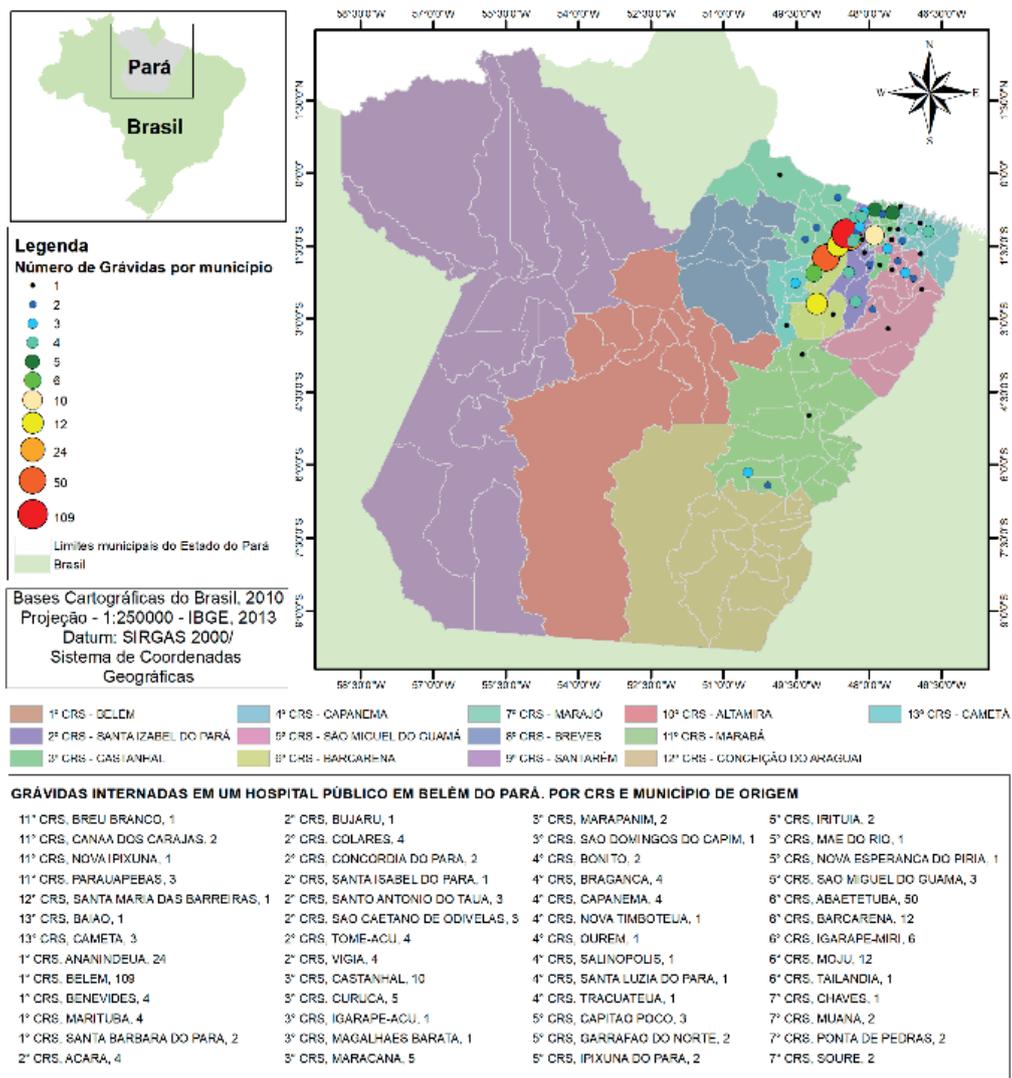
O georreferenciamento indicou que das 13 (treze) regiões de saúde, a distribuição espacial da origem das grávidas do ambulatório e internação foi, em sua maioria, da Região Metropolitana de Belém, da qual fazem parte 07 (sete) municípios: Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides, Santa Bárbara, Santa Izabel e Castanhal (Figura 1 e 2).

Figura 1. Distribuição espacial por município de origem, de grávidas atendidas no ambulatório de alto-risco em um hospital de referência da Amazônia Oriental Brasileira em Belém, Pará, Brasil, no período de agosto a dezembro de 2017.



Fonte: Protocolo de pesquisa. Belém/PA, 2019.

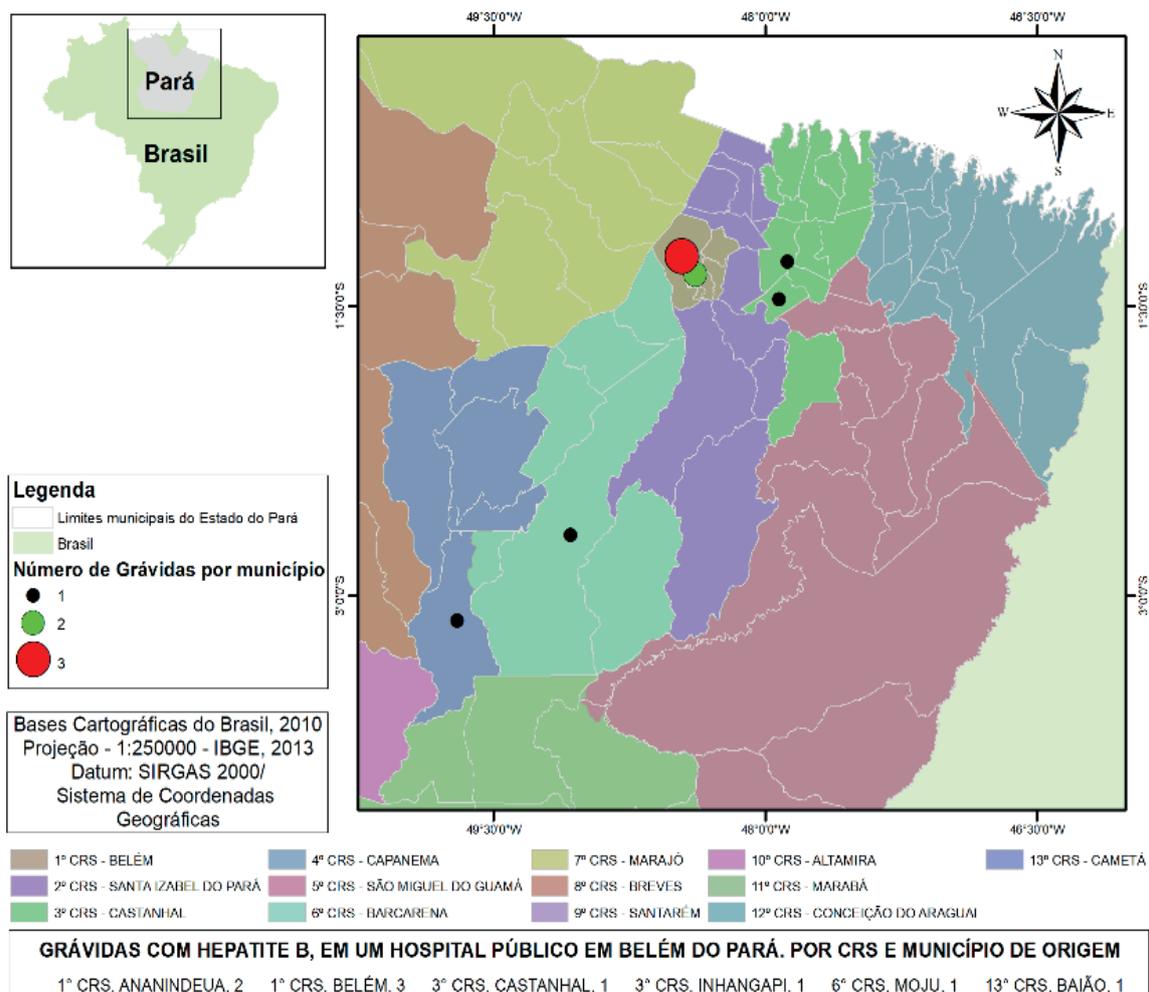
Figura 2. Distribuição espacial por município de origem, de grávidas internadas na enfermaria de alto-risco em um hospital de referência da Amazônia Oriental Brasileira em Belém, Pará, Brasil, no período de agosto a dezembro de 2017.



Fonte: Protocolo de pesquisa. Belém/PA, 2019.

Para georreferenciamento utilizou-se a distribuição geográfica segundo as regiões de saúde, conforme o município do pré-natal de origem, excluindo-se grávidas cujo pré-natal de origem era do estado do Maranhão. Portanto o mapa cartográfico foi referente às 09 (nove) grávidas positivas para HBV, pertencentes ao pré-natal de origem do estado do Pará (Figura 3).

Figura 3. Distribuição espacial de grávidas com hepatite B em um hospital de referência da Amazônia Oriental Brasileira em Belém, Pará, Brasil, por município de origem, no período de agosto a dezembro de 2017.



Fonte: Protocolo de pesquisa. Belém/PA, 2019.

Grávidas e o uso dos protocolos para HBV

O uso do protocolo de TR HBsAg (Hepatite B) no local de origem foi de 76,45% em grávidas atendidas no ambulatório e de 59,71% das internadas.

Em relação a imunização contra HBV, 30,50% do ambulatório haviam recebido a dose completa (três doses), 41,70% dose parcial, 7,34% não se vacinaram e 20,46% das gestantes não tinham esta informação. Na internação 33,45% haviam recebido a dose completa, 35,25% dose parcial e 31,29% não se vacinaram.

Grávidas com Hepatite B e a Amamentação

10 grávidas com HBV participaram do estudo tiveram tempos diferenciados na realização dos procedimentos recomendados para sala de parto, 70% realizaram a IGHAB e vacinação contra HBV nas primeiras 12 horas e 30% até 72 horas após o parto.

O Pará é uma das 27 unidades federativas do Brasil, segundo maior estado em extensão (1.247.689,515 km²), com 144 municípios e 13 regiões de saúde. Neste estudo a demanda foi concentrada na região metropolitana de Belém, onde também há a maior concentração de hospitais credenciados IHAC, estratégia que tem como base dez (10) passos de cuidado no período perinatal para o estabelecimento da amamentação, somados aos três (3) cuidados maternos. A ausência desta, associada a inexistência da vinculação das grávidas na RAS (Rede Cegonha), pode acentuar a vulnerabilidade das grávidas soropositivas para HBV para TV.

O georreferenciamento e a geoepidemiologia demonstraram a necessidade de efetivação do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), pois a diversidade dos territórios são um dos maiores desafios no Pará e em toda região Amazônica.

As gestantes tiveram como principal critério a complexidade e vulnerabilidade dos casos com maior registro de territórios próximos a capital, observado no mapa cartográfico das 533 grávidas do estudo (figuras 1e 2), a maior demanda veio das regionais de saúde mais próximas da capital (1^a, 2^a e 3^a CRS), conforme estudo e Mendonça (2017) e Garnelo *et al* (2018).

Garnelo *et al.* (2018), traz uma discussão sobre o acesso de usuários e cobertura assistencial em saúde dos sete estados da região norte do Brasil identificando que os menores percentuais de acesso foram encontrados no Pará (50,50%).

Os determinantes sociais são discutidos como causas das iniquidades de acesso à saúde, sendo fatores interferentes no controle e prevenção das hepatites, conforme estudo de Huang *et al.*, (2020) e Fiorati (2016). O hospital deste estudo é referência para doenças hepáticas e gravidez de alto-risco, portanto poderiam ter casos de hepatites identificados em várias regiões de saúde, visto os boletins epidemiológicos registrarem que é uma região de média a alta prevalência de HBV. Das 13 regiões de saúde, somente 6 tiveram casos referenciados no período do estudo.

No mapa cartográfico das gestantes positivas para hepatite B (Figura 3), foi excluído o atendimento de 01 (uma) gestante do Maranhão, uma vez que o mapa faz relação do município de origem do pré-natal com a regional de saúde do estado do Pará.

Este estudo demonstrou uma maioria pertencente a zona urbana (80%). Conforme dados do IBGE-Brasil (2011a) e Bousquat *et al.* (2017) onde a zona rural no Brasil enfrenta iniquidades de acesso geográfico, insuficiência de profissionais de saúde e precariedade da rede física de unidades de saúde.

O índice de Desenvolvimento Humano no Pará é considerado médio (0,646), porém quando analisado seus municípios, as diversidades vão de valores extremamente baixos, município de Melgaço (0,418), classificado com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

(IDHM) muito baixo. Os dados deste estudo ratificam o perfil de população de baixo IDHM, conforme PNUD (2019).

Estudo de Garnelo *et al.* (2018) e Bezerra *et al.* (2020) apontaram que o baixo IDHM na Região Norte refletiam políticas de saúde de baixa institucionalidade, descontínuas, com acesso limitado e baixa sensibilidade às especificidades regionais.

A prevalência do HBV neste estudo foi de 1,87% na relação de 534 questionários aplicados e 10 casos registrados, sendo a maioria da faixa etária de 19-39 anos, pardas, casadas ou em união estável, com ensino médio completo, do lar, com diagnóstico de hepatite B no 1º trimestre da gestação atual, assintomáticas e se encontravam na fase crônica não replicativa da doença. Este resultado ficou abaixo da média encontrada em estudos no Brasil em 2015 (5%) e Barros (2018).

O uso do protocolo de TR HBsAg (Hepatite B) foi de 76,45% no ambulatório e na internação de 59,71%, apesar desta triagem ser recomendada para todo pré-natal, ainda existe uma lacuna em executá-la, podendo estar relacionada a infraestrutura (disponibilidade dos testes de triagem, treinamento adequado da equipe, registros epidemiológicos), condizentes com estudos de Gonçalves (2019) e Jourdain (2019).

Os resultados para hepatite B revelaram que a triagem prévia no pré-natal de origem foi importante, possibilitando assim uma terapêutica adequada conforme preconizado por Brasil (2012a,2012b, 2011a) e estudos de Miranda (2012), Reiche (2000) e Laurenti (1984).

Neste estudo a imunização contra hepatite B no pré-natal foi ausente em 7,34% , 20,46% não tinham esta informação e as que internaram 31,29% não se vacinaram. A vacina da hepatite B foi disponibilizada em 1989 para crianças da Amazônia Ocidental brasileira em virtude de sua endemicidade, em 1991 entrou no cronograma de vacinação, conforme Brasil (2015b).

Neste estudo o diagnóstico de hepatite B foi concentrado na Região Metropolitana de Belém, Região Nordeste do Pará e do Marajó.

Dados do Boletim Epidemiológico de Brasil (2018) demonstram que, no período de 1999 a 2017 a distribuição dos casos acumulados de hepatite B em gestantes, segundo a faixa etária e escolaridade tiveram quedas proporcionais.

O aspecto da SAN na amamentação com HBV tornou-se mais relevante no local deste estudo, visto ser o hospital de referência materno-infantil do estado, bem como hospital de ensino, referência para hepatites, imunobiológicos e amamentação, credenciado como instituição IHAC, condizente com os estudos de Vasconcelos (2018).

Observou-se que gestante HBV positiva que pariram no final de semana ou feriado, tiveram um atraso maior no tempo de recebimento da primeira dose de vacina e IGHAHB. Houve solicitação médica desde a sala de parto dos 10 (dez) casos, porém analisando os

registros da sala de imunização, 3 (três) casos foi aplicado após as 12 horas pós-parto, com o RN já na enfermaria. Na análise dos motivos dos atrasos estavam: um por atraso no recebimento do imunológico, e outros dois não tinha justificativa registradas, porém também não existia a escala de profissional no setor para final de semana e feriado para aplicação destes imunobiológicos.

Em estudo de Benova *et al.* (2014), concluiu que são infectadas 1 (um) em cada 20 crianças nascida de mulheres infectadas cronicamente pelo HBV, destacando que a TV provavelmente constitui a principal via de transmissão entre crianças, porém o risco maior é para lactentes de mães com alta viremia, variando de 5,8% a 10,8%, dependendo da co-infecção materna por HIV, o que é ratificado pela AAP (2012) e nos estudos de Chen *et al.* (2013).

A recomendação é que as mães HBsAg positivas sejam encorajadas a amamentar, desde que o seu filho realize imunoprofilaxia (administração da primeira dose da vacina contra hepatite B e simultaneamente o uso da imunoglobulina específica na sala de parto ou dentro das primeiras 12 horas de vida da criança) fortalecendo o alcance da SAN e ODS, coadunando com Brasil (2012b, 2015a), Oliveira (2016) e CDC, 2020.

O ODS 2 prevê erradicação da fome, para alcançar a segurança alimentar, melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável. Os resultados deste estudo trazem a vulnerabilidade no alcance deste objetivo nas medidas de rastreabilidade, prevenção e controle da HBV na linha do cuidado ao binômio com uma amamentação não segura oriunda de desinformação das equipes de saúde e inseguranças trazidas para o cuidado familiar, ratificado por Huang *et al.*, (2015), Mourão (2018), Jourdain (2019), Shimizu (2019) e Salviano (2021).

O ODS 3 prevê assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, incluindo o combate as hepatites. Neste sentido a amamentação insegura poderá gerar tanto o risco a TV, bem como um desmame precoce, condizente com resultados do estudo de Zhang *et al.*, (2014), bem como as recomendações da WHO (2019).

No ODS 12, a amamentação é um ato que fornece o alimento mais importante para o desenvolvimento do recém-nascido, portanto é essencial que seja exclusivo nos primeiros seis meses de vida e natural para os padrões de produção e consumo sustentável, ratificado por Vasconcelos (2018), Shimizu (2019) e Salviano (2021).

■ CONCLUSÃO

A análise da segurança alimentar e nutricional em mulheres soropositivas para HBV identificou fatores de riscos para um manejo da amamentação na Rede de Atenção à Saúde no período perinatal.

A prevalência de HBsAg encontrada foi baixa (1,87%) e o perfil sociodemográfico foi a maioria da faixa etária de 19-39 anos, pardas, casadas ou em união estável, com ensino

médio completo, do lar, diagnóstico de hepatite B no 1º trimestre da gestação atual, assintomáticas e se encontravam na fase crônica não replicativa da doença.

O uso de protocolo de testagem no pré-natal para hepatite B ainda precisa de implementação, pois as referenciadas da RAS ao ambulatório de alto-risco (20%) e internadas (40%) não haviam realizado o referido teste.

O estabelecimento da amamentação foi bem demonstrado em portadoras de VHB, porém ainda necessitamos da vinculação das grávidas portadoras de VHB a maternidade para que a primeira dose da vacina e IGHAHB esteja disponível nas primeiras 12 horas pós-parto, fortalecendo a estratégia Rede Cegonha, IHAC e a Segurança Alimentar e Nutricional.

O hospital de estudo é referência para gravidez de alto risco, amamentação, doenças hepáticas e imunobiológicos, portanto, o estabelecimento da amamentação segura para os filhos de portadoras de VHB ratifica o cumprimento de sua função na Rede de Cuidado Materno-Infantil do Estado e como hospital de ensino na formação de profissionais.

A distribuição espacial e perfil epidemiológico das gestantes, concentrou-se na Região Metropolitana de Belém, possivelmente devido à maior oferta de serviços e acessibilidade ao cuidado integral.

A baixa demanda de grávidas da zona rural identifica uma necessidade de fomento as pactuações intersetoriais e Inter gestoras para o acesso universal em saúde no estado do Pará.

O estudo propõe capacitação aos gestores e profissionais das regionais de saúde sobre boas práticas no manejo da amamentação em situações especiais, visando o fortalecimento da Rede Cegonha, IHAC e alcance dos 1, implicando na fome e melhoria nutricional (2), vida saudável e redução da mortalidade infantil, materna e erradicação da hepatite viral (3), assegurar padrões de produção e consumo sustentáveis (12), e indiretamente aos demais.

A falta de alinhamento de prioridades pode fazer com que a participação e a tomada de decisões intersetoriais sejam afetadas, com a dominância de um ou outro segmento, sendo necessários instrumentos regionais para monitoramento em espaços de tempo curto e com periodicidade pactuadas com os entes.

■ REFERÊNCIAS

1. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Human milk. Transmission of infectious agents via human milk. In: PICKERING, L.K.; BAKER, C. J.; KIMBERLIN, D.W.; LONG, S.S. Eds. **Red Book**: 2012 Report of the Committee of Infectious Diseases. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 128-132, 2012.
2. BARROS, M.M.O.; RONCHINI, K.R.O.M.; SOARES, R.L.S. Hepatitis B and C in pregnant women attended by a prenatal program in an university hospital in Rio de Janeiro, Brazil: retrospective study of seroprevalence screening. **Arq. Gastroenterologia**, v. 55, n. 3, p. 267-273, 2018.

3. BRASIL. **Manual de aconselhamento em hepatites virais**. Brasília: MS, 2005.
4. BRASIL. **Regionalização solidária e cooperativa**: orientações para sua implementação no SUS. Brasília, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 3). características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2011a.
5. BRASIL. Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico**, Brasília: MS. ano II, n. 01, 2011b.
6. BRASIL. Atenção ao pré-natal de baixo risco. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: MS, v. 32, 2012a.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico. Brasília: MS, 302 p. 2012b.
8. BRASIL. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília: MS, 2015a.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Coberturas vacinais no Brasil Período: 2010 - 2014**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015b.
10. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94, pelas Ementas Constitucionais nº 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo nº 186/2008. Brasília, 2016. 496 p.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**, Brasília: MS, v. 49, n. 31. 2018.
12. BENOVA, L.; MOHAMOUD, Y.A.; CALVERT, C.; ABU-RADDAD, L.J. Vertical transmission of hepatitis c virus: systematic review and meta-analysis. **Clin. Infect. Dis.** v. 59, n. 6, p. 765-773, 2014.
13. BEZERRA, M.S.; JACOB, M.C.M.; FERREIRA, M.A.F.; VALE, D.; MIRABAL, I.R.B.; LYRA, C.O. Insegurança alimentar e nutricional no Brasil e sua correlação com indicadores de vulnerabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 10, p. 3833-3846, 2020.
14. BOUSQUAT, A., GIOVANELLA, L., FAUSTO, M.C.R., FUSARO, E.R., CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - C.D.C. Division Of Viral Hepatitis. **Surveillance for Viral Hepatitis – United States, 2013**. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hepatitis/statistics/2013surveillance/pdfs/2013hepsurveillancerpt.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2020.
15. CHEN, X.; CHEN, J.; WEN, J.; XU, C.; ZHANG, S.; ZHOU, Y.; HU, Y. Breastfeeding is not a risk factor for mother-to-child transmission of Hepatitis B virus. **Plos One**, v. 8, n. 1, e55303, 2013.
16. FIORATI, R.C.; ARCÊNCIO, R.A.; SOUZA, L.B. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 24, e 2687, 2016.
17. GARNELO, L.; LIMA, J.G.; ROCHA, E.S.C.; HERKRATH, F.J. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 81-99, 2018.
18. GONÇALVES, N.V. MIRANDA, C.S.C., GUEDES, J.A., SILVA, L.C.T., BARROS, E.M., TAVARES, C.G.M., PALÁCIOS, V.R.C.M., COSTA, S.B.N., OLIVEIRA, H.C., XAVIER, M.B. Hepatites B e C nas áreas de três Centros Regionais de Saúde do Estado do Pará, Brasil: uma análise espacial, epidemiológica e socioeconômica. **Cad. Saúde Colet.** v. 27, n. 1, p. 1-10, 2019.

19. HUANG, X.; YANG, B.; LIU, Q.; ZHANG, R.; TANG, R.; STORY, M. Improving maternal and child nutrition in China: an analysis of nutrition policies and programs initiated during the 2000–2015 Millennium Development Goals era and implications for achieving the Sustainable Development Goals. **Journal of Health, Population and Nutrition**, v. 39, n. 12, 2020.
20. JOURDAIN, G.; NGO-GIANG-HUONG, N.; KHAMDUANG, W. Current progress in the prevention of mother-to-child transmission of hepatitis B and resulting clinical and programmatic implications. **Infection and Drug Resistance**, v.12, p. 977-987, 2019.
21. LAURENTI, R. Saúde Perinatal. **Rev. Saúde Pública**, v.18, n. 4, Aug. São Paulo, 1984.
22. LEÃO, Marília (Org.). **O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional**. Brasília: Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos - ABRANDH, 2013. 263 p. il.
23. MIRANDA, M.M.S.; SOUZA, L.M.C.; AGUIAR, R.A.L.P.; CORRÊA JR, M.D.; MAIA, M.M.M.; BORGER, R.S.; MELO, V.H. Rastreamento das infecções perinatais na gravidez: realizar ou não. **FEMINA**, v. 40, n.1, p. 1-22, 2012.
24. MENDONÇA, M.H.M., GAGNO, J., VIANA, A.L.D. Tipologia das Unidades Básicas de Saúde Brasileiras: os 5R. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 8, e 00037316, 2017.
25. MOURÃO, E.; GALLO, C.O.; NASCIMENTO, F.A.; JAIME, P.C. Tendência temporal da cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional entre crianças menores de 5 anos da região Norte do Brasil, 2008-2017. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29, n. 2, e2019377, 2020.
26. NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. **UNIC Rio**, 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em: 15 set. 2019.
27. OLIVEIRA, E. Objetivos de desenvolvimento sustentável Agenda 2030 da ONU. **USPIT Publications**, Orlando-Flórida, 2016. Série de publicações nº 25.
28. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Desenvolvimento Humano e IDH. **PNUD**, 2010. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.html>. Acesso em: 20 jul. 2019.
29. REICHE, E.M.V.; MARIMOTO, H.K.; FARIAS, G.N.; HISATSUGU, K.R.; GELLER, L.; GOMES, A.C.L.F.; INOUE, H.Y.; RODRIGUES, G.; MTSUO, G.R. Prevalência de tripanossomíase americana, sífilis, toxoplasmose, rubéola, hepatite B, hepatite C, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, testada por testes sorológicos em gestantes, de 1996 a 1998, do Hospital Universitário Regional Norte do Paraná (Universidade Estadual de Londrina, Paraná), Brasil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** v. 33, n. 6, p. 519-527, 2000.
30. SALVIANO, S. A Promoção do aleitamento materno na perspectiva do desenvolvimento sustentável. In: FÓRUM MATO-GROSSENSE EM PROMOÇÃO DA SAÚDE: informação e documentação, 1., 2019. Cuiabá, MT, 2019. Disponível em: www.saude.mt.gov.br/arquivo/10372. Acesso em: 01 jul. 2021.
31. SHIMIZU, Y. **Breastfeeding**. Website OMS, 2019. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1. Acesso em: 01 jul.

32. VASCONCELLOS, A.B.P.A.; MOURA, L.B.A. Segurança alimentar e nutricional: uma análise da situação da descentralização de sua política pública nacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 2: e00206816, 2018.
33. ZHANG L, Gui X, Wang B, Ji H, Yisilafu R, Li F, Zhou Y, Zhang L, Zhang H, Liu X. **A study of immunoprophylaxis failure and risk factors of hepatitis B virus mother-to-infant transmission.** Eur J Pediatr 2014; 173(9):1161-8.
34. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global hepatitis report, 2017. **WHO**, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en/>. Acesso em: 15 ago. 2019.

O processo de vinculação do pai com o recém-nascido: uma revisão narrativa

| **Ana Filipa Poeira**
SS/NURSE'IN-UIESI, IPS

| **Alexandre Dias**
CHUA

| **Lúcia Condinho**
CHUA

| **Raquel Cerdeira**
CUF

| **Ana Frias**
Universidade de Évora/CHRC

RESUMO

Enquadramento: No processo de vinculação são várias as dimensões que interferem com o mesmo, sendo relevante que logo após o nascimento se estabeleça o mais precoce possível a vinculação pai-Recém-Nascido (RN). **Objetivo:** Sistematizar a evidência sobre o processo de vinculação do pai com o RN. **Método:** Revisão integrativa da literatura, através das bases de dados, via EBSCO, CINAHL Plus with full texto, Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE with Full Text, Psychology and Behavioral Sciences Collection. Obtiveram-se 14 estudos cuja apreciação crítica e extração de dados foi realizada pelo menos por dois revisores independentes. Síntese de dados realizada de forma narrativa. **Resultados:** Atividades como ajudar durante o trabalho de parto e nascimento, corte do cordão umbilical e o contato pele a pele com o RN promovem sentimentos positivos nos pais sobre os seus filhos e padrões de interações comportamentais positivos. Intervenções educacionais são necessárias para melhorar a consciência e a atitude do pai durante a gravidez e durante os cuidados ao RN. **Conclusão:** Os pais querem ser envolvidos na gravidez, no nascimento e no cuidar do RN, estando ao alcance do/a Enfermeiro/a Especialista em Saúde Materna e Obstétrica realizar intervenções que promovem a confiança, o sentimento de proteção do pai e conseqüentemente a vinculação do pai ao RN.

Palavras-chave: Obstetrícia, Enfermeiras Obstétricas, *Bonding*, Relações Pai-Filho, Apego.

■ INTRODUÇÃO

O conceito *bonding* foi abordado pela primeira vez na década de 70 por Klaus e Kennell, quando definiram a relação única, particular e perdurável que se estabelece entre a mãe e o bebê (KLAUS; JERAULD; KREGGER; MCALPINE *et al.*, 1972). Por sua vez, existem outros autores que preferem utilizar o conceito “*attachment*” para se referirem à relação existente entre filho e pais, sendo que ela se inicia, desde logo, no primeiro contacto entre a mãe e o filho, ou seja, durante a gravidez (ROBSON; MOSS, 1970).

Assim, pode-se entender que a vinculação é “a ligação afetiva da mãe ao bebê” e que se estabelece “a partir dos momentos iniciais, em que se dão os primeiros intercâmbios entre a mãe e o bebê, geralmente considerados muito determinantes para o relacionamento futuro na díade” (FIGUEIREDO, 2003, p. 153). Contudo, no processo de vinculação são várias as dimensões que interferem com o mesmo (dimensões biológica, psicológica e sócio-cultural), quer seja durante a gravidez, o parto e o pós-parto, não esquecendo o papel do pai e a própria vinculação do pai ao filho (FIGUEIREDO, 2003).

São vários os estudos que se debruçam sobre a vinculação materna, porém perturbações na interação do pai com o filho podem causar problemas psicológicos e físicos, bem como dificuldades educacionais (RAMCHANDANI; DOMONEY; SETHNA; PSYCHOGIOU *et al.*, 2013). Sendo por isso, de igual importância estudar a vinculação paterna. A relação pai-filho, especialmente durante o período precoce do RN não está amplamente estudada (CONDON; CORKINDALE; BOYCE; GAMBLE, 2013). Apenas no final do anos 70 e início dos anos 80 é que se começou a questionar a importância do envolvimento do pai durante o período do pós-parto imediato (SCISM; COBB, 2017). A própria importância dada à necessidade de se estabelecer um vínculo mãe-bebê imediato, acabou por ofuscar os esforços de vários investigadores ao longo dos anos em identificar os fatores e intervenções que afetam o vínculo pai-RN (YU; HUNG; CHAN; YEH *et al.*, 2012).

Um dos modelos mais eficazes de vinculação paterna foi criado por Lamb, *et al.* (ASLAN; ERTURK; DEMIR; AKSOY, 2017). De acordo com Lamb, *et al.* (1985) o vínculo paterno está relacionado com as seguintes características: a interação, em que o pai se preocupa diretamente com o seu filho; a disponibilidade, em que o pai está disponível mental e fisicamente para o seu filho; e a responsabilidade, em que o pai assume a responsabilidade do cuidado e conforto do filho (LAMB; PLECK; CHARNOV; LEVINE, 1985). É de extrema importância, que logo após o nascimento se estabeleça o mais precoce possível a vinculação pai-RN, ainda que este possa ser um momento em que o pai se considere um mero espectador ou um pai invisível (STEEN; DOWNE; BAMFORD; EDOZIEN, 2012).

Face ao exposto e considerando que a vinculação paterna é um campo ainda pouco explorado, pretende-se rastrear a evidência existente sobre esta temática, e compreender

o que contribui para o processo de vinculação do pai ao RN. O objetivo da presente revisão da literatura é sistematizar a evidência sobre o processo de vinculação do pai com o RN.

■ DESENVOLVIMENTO

A prática baseada na evidência é considerada uma abordagem que se traduz na procura de uma melhor e fundamentada evidência de forma a atuar de forma correta, eficaz e com os padrões mais elevados possíveis, de modo a melhorar a experiência de cuidados na saúde e doença das pessoas encorajando à prestação de cuidados de enfermagem com fundamentação através da produção de conhecimento científico, com resultados de qualidade (CRAIG; SMYTH; NUNALLY, 2004). Realizada uma revisão integrativa da literatura que permite uma maior amplitude da análise de literatura uma vez que permite a inclusão simultânea de pesquisa experimental, quase-experimental e dados de literatura teórica e empírica proporcionando uma compreensão mais completa do tema de interesse, com o objetivo de identificar e descrever a evidência sobre o processo de vinculação do pai com o RN.

Mais especificamente, a revisão pretende identificar respostas para as seguintes questões:

- O que é a vinculação?
- Quando se inicia a vinculação ao filho?
- Quais os fatores que promovem o processo de vinculação do pai com o filho durante as fases pré-natal e perinatal?
- Elaborada a seguinte questão de investigação: O que promove o processo de vinculação do pai ao RN?

Tipo de estudos: Estudos que incluam a vinculação pai ao feto (durante a gravidez) e pai ao recém-nascido (28 dias); estudos que identifiquem o processo de vinculação do pai ao bebé e os fatores que o promovem durante as fases pré-natal e perinatal. Incluiu-se estudos primários quantitativos e/ou qualitativos, revisões sistemáticas da literatura, meta-análises, estudos secundários.

São critérios de exclusão estudos em que: pretendam avaliar o stress ou depressão pós-parto nos pais no período perinatal.

Utilizada uma estratégia de pesquisa que se baseou em três fases: 1) elaborada pesquisa abrangente de forma a identificar a literatura existente sobre a problemática; 2) realizada análise das palavras-chave contidas nos títulos e resumos dos estudos identificados; 3) realizada pesquisa avançada nas bases de dados, via EBSCO, CINAHL Plus with full text, MEDLINE with full text, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Cochrane Central

Register of Controlled Trials; efetuada pesquisa manual com recurso à ferramenta Google Scholar. Foram ainda rastreadas as referências bibliográficas dos estudos incluídos. As fórmulas de pesquisa são apresentadas na tabela 1. Enquanto limitadores, apresentamos a inclusão de estudos em língua Portuguesa e Inglesa, publicados entre os anos de 2016 a 2021.

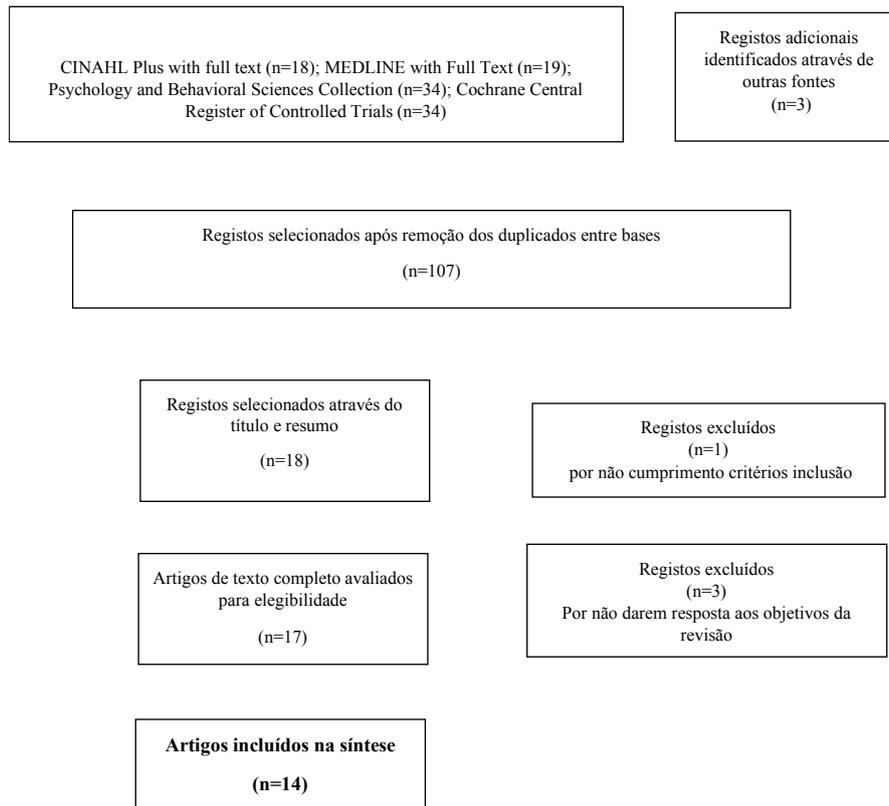
Tabela 1. Tabela de Estratégia de Pesquisa Sensível.

Base de Dados	Fórmula de Pesquisa
CINAHL Plus with Full Text	S1: (MH "Prenatal Bonding") S2: TI bonding S3: AB bonding S4: (MH "Attachment Behavior") S5: TI attachment S6: AB attachment S7: S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 S8: (MH "Paternal Behavior") S9: TI paternal S10: AB paternal S11: TI father* S12: AB father* S13: S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 S14: S7 AND S13 Limitadores - Data de Publicação: 20160101-20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por SubjectAge: - infant, newborn: birth-1 month Modos de pesquisa - Booleana/Frase
MEDLINE with Full Text	S1: (MM "Object Attachment") S2: AB parental bonding OR TI parental bonding S3: (MH "Paternal Behavior") S4: AB father* OR TI father* S5: S1 OR S2 S6: S3 OR S4 S7: S5 AND S6 Limitadores - Data de Publicação: 20160101-20201231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por SubjectAge: - infant, newborn: birth-1 month Modos de pesquisa - Booleana/Frase
Psychology and Behavioral Sciences Collection	S1: TI father* OR AB father* S2: TI bonding OR AB bonding S3: TI skin to skin contact OR AB skin to skin contact S4: TI paternal attachment OR AB paternal attachment S5: S2 OR S3 OR S4 S6: S1 AND S5 Limitadores - Data de Publicação: 20160101-20211231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase
Cochrane Central Register of Controlled Trials	(bonding or attachment) AND father Limitadores - Data de Publicação: 20160101-20211231 Língua - Inglês Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase
Google Scholar	Skin-to-skin contact Father bonding

Fonte: Elaborado pelos autores.

Apresenta-se o mapeamento do número de estudos identificados, incluídos e excluídos na Figura 1.

Figura 1. Diagrama dos estudos identificados, incluídos e excluído.



Fonte: Elaborado pelos autores.

■ RESULTADOS

O processo de extração de dados e síntese dos mesmos é apresentado na Tabela 2, a mesma foi realizada por dois revisores de forma independente. Os desacordos existentes foram discutidos com recurso a um terceiro revisor

Tabela 2. Síntese de dados.

Título / Autores / Ano de Publicação	1. O que é a vinculação? 2. Quando se inicia a vinculação ao filho? 3. Quais os fatores que promovem o processo de vinculação do pai com o filho durante a fase pré-natal? 4. Quais os fatores que promovem o processo de vinculação do pai com o filho durante a fase perinatal?
E2: Fathers' Attachment Status to their Infants.(ASLAN; ERTURK; DEMIR; AKSOY, 2017)	1. "Attachment" é um relacionamento mútuo cujo aspeto emocional se sobrepõe e é considerado importante para o desenvolvimento (Bowlby, 1969). Um dos modelos mais eficazes de apego paterno foi criado por Lamp e et al. 2. N.a. 3. Assistir ao parto foi um fator que mostrou diferenças estatisticamente significativas no processo de vinculação. O pai assistir ao parto é importante para o estabelecimento do primeiro contacto com o RN. 4. Uma diferença estatisticamente significativa foi observada quando comparados os níveis de escolaridade com a participação nos cuidados infantis. Enquanto o pai, cujo nível de escolaridade era primário ou de ensino médio, a participação nos cuidados infantis foram inferiores do valor esperado, do pai, cujo nível de educação era de nível universitário, a participação nos cuidados infantis estavam acima do valor.
E5: The Impact of "Mom/Dad of the Day" Cards, Newborn Heart Auscultation, and Father Skin-to-Skin Care on Parent-Newborn Bonding.(KOW; GROOT; PUTHENPARAMPIL; FARUQI et al., 2019)	1. N.a. 2. N.a. 3. A auscultação dos batimentos cardíacos mostrou-se eficaz. 4. O método canguru mostrou-se eficaz no aumento da confiança e da vinculação paterna.
E19: *The efficacy of the attachment-based SAFE® prevention program: a randomized control trial including mothers and fathers.(WALTER; LANDERS; QUEHENBERGER; CARLSON et al., 2019)	1. O apego é definido como o vínculo afetivo entre o bebé e o cuidador. Uma vinculação segura à mãe e ao pai é um fator de proteção que promove o desenvolvimento social, emocional e cognitivo saudável da criança (Sroufe, Egeland, Carlson, & Collins, 2005; Verschueren & Marcoen, 1999). Um apego seguro ao pai está associado a melhor adaptação à escola, menor ansiedade ou retração de comportamentos, maior autoestima e mais sociabilização (Lamb, Hwan, Frodi, & Frodi, 1982; Verschueren & Marcoen, 1999). 2. N.a. 3. SAFE® (Secure Attachment Family Education) é um programa de prevenção primária para promover um vínculo seguro entre pais e crianças e assume que ambos os parceiros têm igual importância no processo de criar um filho. Os três programas de intervenção que incluíram os pais mostraram ser significativamente mais eficaz em termos de segurança das crianças do que aqueles que incluíam apenas mães. Assim, esses resultados enfatizam a importância da integração dos pais em programas de prevenção que promovem a vinculação. 4. N.a.
E20: Essentials when studying child-father attachment: A fundamental view on safe haven and secure base phenomena.(GROSSMANN; GROSSMANN, 2020)	1. A maioria dos estudos concorda que o papel preferido do pai é o de companheiro de brincadeiras para o filho, dentro da sua função de ser a figura de apego. Isso abre a discussão sobre a função das figuras de apego em geral e, em particular, sobre os pais. Neste campo, uma das questões fundamentais é sobre o que uma criança fraca e ingénuo espera de uma pessoa mais forte e mais sábia a quem ela. Quais são as funções mais relevantes de uma figura de apego para uma criança do ponto de vista evolutivo, cultural e individual? Um caminho para uma resposta foi traçado por John Bowlby que seguiu as convicções de Charles Darwin (Bowlby, 1958) e adotou o método naturalista da teoria do apego. "Definido em termos modernos, compreende as três etapas: primeiro, fazer observações, fazer perguntas e procurar explicações; em segundo lugar, construir um modelo explicativo; em terceiro lugar, examinar a adequação do modelo, aplicando-o a novos dados e, sempre que possível, a dados derivados de experimentos (Bowlby, 1990, p. 336)." 2. O desenvolvimento do apego baseia-se na qualidade de dois tipos de comportamento de adultos altamente personalizados: (1) comportamentos que servem como refúgio de segurança e (2) comportamentos que servem como base segura. Durante a sua observação em Uganda, Ainsworth (1967) observou que o comportamento de apego tende a ser ativado em situações alarmantes que provocam medo, de modo que o bebé tende a se afastar de um estranho ou objeto estranho e em direção à figura de apego. O bebé Pode afastar-se novamente da figura de apego para explorar quando a situação alarmante parece ter acabado. Ocasões que podem inclinar a balança de comportamentos exploratórios para comportamentos de apego também foram encontradas em condições internas de angústia ou fadiga, ou indícios de que o a figura de apego pode deixar o bebé sozinho (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1982). "A função biológica do comportamento de apego é a proteção dos jovens de uma ampla variedade de perigos. A função biológica da exploração e do comportamento sociável é a de aprender as habilidades necessárias para uma sobrevivência mais autosuficiente, tanto em termos de habilidades individuais quanto de integração harmoniosa no grupo social (Marvin & Britner, 2016, p. 275)." 3. N.a. 4. N.a.

Título / Autores / Ano de Publicação	<p>1. O que é a vinculação?</p> <p>2. Quando se inicia a vinculação ao filho?</p> <p>3. Quais os fatores que promovem o processo de vinculação do pai com o filho durante a fase pré-natal?</p> <p>4. Quais os fatores que promovem o processo de vinculação do pai com o filho durante a fase perinatal?</p>
<p>E21: The Father-infant relationship beyond caregiving sensitivity. (BAKEL; HALL, 2020)</p>	<p>1. É geralmente reconhecido que o comportamento sensível dos pais é um dos principais determinantes da segurança do apego, mas estudos anteriores também mostraram que a sensibilidade é um indicador fraco da segurança do apego pai-bebê. Estudos sugerem que outros comportamentos podem ser preditores mais fortes da relação pai-filho (Lucassen et al., 2011). No entanto, o conceito de sensibilidade tem recebido interesse persistente em pesquisas sobre o apego pai-bebê, enquanto o papel de outros comportamentos interativos tem recebido menos atenção. A falta de uma associação significativa entre o comportamento sensível e a qualidade da relação de apego entre pai e filho parece refletir a noção de que outros comportamentos interativos que podem ser específicos para o pai devem ser estudados (ou seja, comportamento desestabilizador seguido de sensibilidade).”</p> <p>2. Olsavsky et al. descrevem suas descobertas à luz de modelos teóricos que definem a relação pai-bebê como semelhante à relação mãe-bebê em alguns aspetos, mas também com características únicas. Eles estudaram a qualidade do apego pai-filho usando o Procedimento de Situação Estranha (SSP), mostrando relações significativas entre os comportamentos lúdicos dos pais (estimulação em combinação com níveis baixos a moderados de intrusão) e a qualidade do apego futuro da criança.</p> <p>3. Além disso, a própria história de apego dos pais está relacionada à sua capacidade de mentalizar sobre o relacionamento com o filho e ao apego pai-filho (Madigan, Hawkins, Plamondon, Moran, & Benoit, 2015). Mesmo durante a gravidez, os pais - assim como as mães - começam a mentalizar sobre o bebê. Eles têm fantasias, ideias e expectativas sobre os seus bebês e desenvolvem representações de apego a respeito deles. A qualidade dessas representações de apego pré-natal é relativamente estável (Vreeswijk, Maas, Janneke, Rijk, & van Bakel, 2014), com altos níveis de concordância pré e pós-natal. As representações paternas do bebê são importantes preditores de futuros comportamentos interativos. Pais com representações equilibradas (“seguras”) dos seus bebês nos primeiros meses de vida apresentam uma qualidade superior de interação comportamento em relação aos seus filhos, que por sua vez está correlacionado com os resultados do desenvolvimento infantil (Hall et al., 2014).</p> <p>4. O equilíbrio adequado entre incompatibilidade e correspondência afeta fortemente o desenvolvimento do senso de identidade dos bebês e aumenta significativamente a qualidade emocional dos relacionamentos. Se a experiência de desregulação resultante for breve e reparada rapidamente, pode ser promotora de crescimento porque os bebês fazem significados não simbólicos de que eles e os seus cuidadores são competentes para reparar interações interrompidas. Quando os pais usam níveis moderados de intromissão durante as brincadeiras e tarefas desafiadoras, isso desestabiliza a criança por um momento (incompatibilidade nos estados emocionais). Quando os pais são capazes de transformar sensivelmente o comportamento desestabilizador em um estado de afeto compatível, esse comportamento pode ter efeitos positivos. Reparar uma incompatibilidade pode criar “stress positivo”, o que pode promover as competências socio emocionais dos bebês (Tronick & Beeghly, 2011). Isso também se pode aplicar aos resultados de Olsavsky et al., onde pais que são estimulantes e exibem níveis baixos a moderados de intrusão durante as brincadeiras têm maior probabilidade de ter bebês que desenvolvem apegos seguros com os seus pais. Esses pais são capazes de reparar uma incompatibilidade e transformá-la num estado correspondente.</p>
<p>E26: Skin-to-Skin Contact Facilitates More Equal Parenthood - A Qualitative Study From Fathers' Perspective. (OLSSON; ERIKSSON; ANDERZÉN-CARLSSON, 2017)</p>	<p>1. N.a.</p> <p>2. Na mãe, a vinculação com o bebê inicia-se quando é gerada uma nova vida no útero materno, já com o pai esta vinculação tende a ser mais tardia e só se evidencia aquando do nascimento. Nos casos de bebês prematuros e de bebês nascidos por cesariana esta vinculação parece dar-se de uma forma mais equiparada uma vez que o pai tende a substituir a mãe nos cuidados, muitas vezes por necessidade de assistência médica da mãe. Os pais tendem a experienciar o apego de uma forma mais marcada quando tem experiências de contato pele a pele com os seus bebês prematuros.</p> <p>3. São fatores promotores da vinculação pai-bebê os cuidados prestados ao bebe em contexto UCIN, principalmente o cuidado “pele a pele” com o RN. É referido pelos pais uma sensação de controlo e um “instinto natural” que não seria possível noutras situações. É descrito pelos pais que experienciaram partos de termo anteriores que a experiência apesar de ser angustiante, acaba por ser mais gratificante por promover uma vinculação mais positiva com os seus filhos prematuros.</p> <p>4. Em situações de partos prematuros, os fatores promotores da vinculação durante a fase perinatal estão relacionados com as regalias dadas aos pais que não lhes são permitidas em questões de partos de termo. São lhes concedidos direitos semelhantes aos da mãe como apoio social e financeiros que lhes permite maior acompanhamento do seu filho prematuro.</p> <p>Apesar de ser uma fase muito exigente do ponto de vista psicológico e físico, os pais referem que a “gratificação” e as sensações experienciadas nos cuidados aos seus filhos acabam por ter um efeito “restaurador”.</p>
<p>E38: Surveying prenatal attachment in fathers: the Italian adaptation of the Paternal Antenatal Attachment Scale (PAAS-IT). (DELLA VEDOVA; BURRO, 2017)</p>	<p>1. N.a.</p> <p>2. A relação entre pais e filhos tem as suas raízes antes do nascimento e pode ser afetado por muitos fatores ambientais e pessoais que influenciam o processo psicológico de transição para a paternidade.</p> <p>Os homens estão mais envolvidos com o futuro RN do que com o feto.</p> <p>3. N.a.</p> <p>4. N.a.</p>

Título / Autores / Ano de Publicação	<p>1. O que é a vinculação?</p> <p>2. Quando se inicia a vinculação ao filho?</p> <p>3. Quais os fatores que promovem o processo de vinculação do pai com o filho durante a fase pré-natal?</p> <p>4. Quais os fatores que promovem o processo de vinculação do pai com o filho durante a fase perinatal?</p>
<p>E39: Pathways to Parenting: Predictors of Prenatal Bonding in a Sample of Expectant Mothers and Fathers Exposed to Contextual Risk. (DAYTON; BROWN; GOLETZ; HICKS <i>et al.</i>, 2019)</p>	<p>1. N.a.</p> <p>2. A relação pai-bebê começa durante a gravidez e o seu desenvolvimento prepara os pais psicologicamente para o exigente trabalho de cuidados infantis pós-natal e é fundamental para o sistema de cuidados que irá orientar os primeiros comportamentos parentais durante o período pós-natal.</p> <p>3. Os sintomas de depressão e ansiedade estão associados à diminuição na qualidade da relação pré-natal pai-RN. Porque o pai não está fisicamente conectado ao feto, a sua ligação deve ser de natureza psicológica e envolve histórias de experiências psicológicas de relacionamentos anteriores. Quando essa história inclui experiências de maus-tratos, o relacionamento pai-bebê recém desenvolvido pode estar comprometido. Quando um futuro pai se prepara para cuidar de uma nova criança, essas representações internas de relacionamento tornam-se ativadas, fornecendo energia psicológica para a conexão com o feto, por outro lado, os pais que não se imaginam sendo ativamente envolvidos na criação de seus filhos podem ser menos propensos a se relacionar com os seus bebês durante a gravidez. Ajudar os pais a entender a importância da paternidade durante a primeira infância pode apoiar o seu desenvolvimento de um vínculo forte e saudável com os seus filhos.</p> <p>4. A qualidade das representações pré-natais dos pais está relacionada com a qualidade das representações pós-natais. O apoio social pode ser valioso durante o período pós-natal por razões práticas, como lidar com o stress quotidiano e atender às necessidades específicas, mas menos influente no processo de formação de relacionamento pré-natal.</p>
<p>E54: A longitudinal study of parental attachment: pre- and postnatal study with couples. (FIJAŁKOWSKA; BIELAWSKA-BATOROWICZ, 2020)</p>	<p>1. O apego pré-natal é definido como uma construção multifacetada guiada pelo sistema de cuidado.</p> <p>2. O processo de vinculação começa no período pré-natal, dura durante toda a gravidez e continua após o parto.</p> <p>3. A intensidade do apego à criança durante a gravidez é inversamente proporcional aos níveis de depressão e ansiedade dos pais e é diretamente proporcional à sua autoestima, disponibilidade, suporte social, bem como à qualidade da relação conjugal. As atitudes de seus próprios pais (pai e mãe), registadas desde a infância, assim como a presença do pai no nascimento são determinantes para o apego do pai à criança. A participação nos cursos de preparação para o parto pelos pais é positiva para a vinculação pré-natal.</p> <p>4. Para os homens, a depressão da parceira influencia o seu relacionamento e apego com a criança durante a gravidez e período pós-parto. O pai desempenha um papel importante no apoio à depressão pós-parto. O pai com depressão tem o relacionamento e apego com a criança comprometido e a parceira desempenha um importante papel neste apoio.</p>
<p>E71: The Effect of Paternal-Fetal Attachment Training on Marital Satisfaction during Pregnancy. (NOSRATI, 2018)</p>	<p>1. O apego paterno-fetal é um sentimento subjetivo de amor e carinho pelo feto que é considerado a base da identidade paterna. De acordo com Cranley, o apego fetal envolve ações que indicam interação com o feto.</p> <p>2. A gravidez e os problemas específicos desse período afetam adversamente a satisfação conjugal, o que pode, em última instância, ameaçar a saúde mental materna e familiar; portanto, intervenções educacionais são necessárias para melhorar a consciência e a atitude dos casais durante a gravidez, aumentar a satisfação e o apego conjugal e, em última instância, promover a saúde mental materna.</p> <p>3. Este autor, afirmou que comportamentos como falar com o feto e tocar o abdome para sentir os movimentos do feto fazem parte dos comportamentos de apego. O pai com sua presença no pré-natal, além de influenciar na saúde da mãe e do filho, torna-se preparado para se adaptar ao seu novo papel como pai. O pai precisa adquirir informação e educação para sustentar a esposa e se preparar para assumir o papel paterno. Vários estudos destacaram que programas de treinamento para pais aumentaram sua participação no pré-natal e tiveram um efeito positivo na saúde da mãe e do filho. Os programas de treinamento para pais na Turquia melhoraram os seus conhecimentos, atitudes e comportamentos em relação ao planeamento familiar, saúde infantil, suporte nutricional e relacionamento saudável com o cônjuge. Num estudo de Tafazoli <i>et al.</i>, o Treinamento de cuidados do recém-nascido aos pais durante a gravidez aumentou sua participação no cuidado do recém-nascido. O cuidado pré-natal é a melhor oportunidade para ensinar comportamentos de apego paterno-fetal. No que diz respeito ao papel das parceiras na saúde reprodutiva e aconselhamento, educação, incentivo e na resolução de problemas, eles podem ser eficazes em várias áreas, incluindo apoio mental de ambos os pais, cuidados pré-natais, envolvimento do pai e aceitação do papel parental.</p> <p>4. A gravidez e os problemas específicos desse período afetam adversamente a satisfação conjugal, o que pode, em última instância, ameaçar a saúde mental materna e familiar; portanto, intervenções educacionais são necessárias para melhorar a consciência e a atitude dos casais durante a gravidez, aumentar a satisfação e o apego conjugal e promover a saúde mental materna.</p>

Título / Autores / Ano de Publicação	<p>1. O que é a vinculação?</p> <p>2. Quando se inicia a vinculação ao filho?</p> <p>3. Quais os fatores que promovem o processo de vinculação do pai com o filho durante a fase pré-natal?</p> <p>4. Quais os fatores que promovem o processo de vinculação do pai com o filho durante a fase perinatal?</p>
<p>E73: A study of the efficacy of fathers' attachment training on paternal-fetal attachment and parental anxiety. (SETODEH, 2017)</p>	<p>1. É uma das melhores estratégias para lidar com o stress materno durante a gravidez. É o tipo de comunicação mais típico e sofisticado que pode causar uma impressão efetiva na área da saúde, criando boas práticas e uma boa base para a sua comunicação futura a uma criança no início da vida. Os fatores que afetam a vinculação incluem relações familiares, aceitação da gravidez, apoio de outras pessoas, a autoimagem das mães, história de gestações anteriores, complicações na gravidez, gravidez indesejada, idade e nível de educação.</p> <p>2. A aceitação da identidade paterna ocorre muito antes do nascimento do bebê por meio do comportamento de apego do marido. Os comportamentos baseados no apego paterno-fetal estão enraizados num profundo sentimento de amor pelo feto, que é a base da identidade paterna e desempenha um papel importante no crescimento e desenvolvimento do conhecimento, atitudes e comportamento da criança.</p> <p>3. A ansiedade do pai diminui significativamente após o treinamento de apego. De acordo com Jordan, envolver os pais nas experiências de gravidez das suas esposas, juntamente com a interação com o filho, pode significativamente aumentar sua função de papel paterno. De acordo com os resultados, o envolvimento do pai no processo de gravidez pode impactar a saúde do homem, da mulher e da família como um todo. Num estudo feito por Field et al. (2008), os dados mostraram que a participação do marido no processo de gravidez melhora não só o estado de humor nos casais, mas também a interação mútua.</p> <p>4. Os comportamentos de apego pai-fetal têm uma relação direta com os resultados favoráveis da gravidez e da promoção da saúde tanto da mãe quanto da criança. Pais com scores de apego mais altos são mais sensíveis ao início e continuação do cuidado pré-natal, nutrição adequada, sono adequado e exercícios com as suas esposas. Além disso, eles criam interações melhores e mais estabelecidas com a criança após o nascimento. Latífses fez um estudo em 2005 mostrou que os pais que foram ensinados a massajar o cômputo tiveram uma pontuação mais alta de adaptação e apego paterno com menos ansiedade em comparação com o grupo de controle. De acordo com os estudos acima, envolver os cônjuges das gestantes no processo de saúde e tratamento da gestação, parto e pós-parto é fundamental na promoção de seu papel paterno, emoção e interações. Educar e envolver os pais no processo de gravidez de suas esposas pode causar um impacto significativo na saúde mental de mulheres e bebês e, eventualmente, levar a uma interação melhor e mais eficaz. As parteiras são um elemento importante da saúde e desempenham um papel importante na família saúde, mudando a atitude dos pais.</p>
<p>E82: Teaching Father-Infant Massage during Postpartum Hospitalization: a Randomized Crossover Trial. (SUCHY; MORGAN; DUNCAN; VILLAR et al., 2020)</p>	<p>1. N.a.</p> <p>2. N.a.</p> <p>3. N.a.</p> <p>4. Atividades como ajudar durante o trabalho de parto e nascimento (Bowen & Miller), o corte do cordão umbilical (Brandão & Figueiredo, 2012), e o contato pele a pele com o bebê (Erlandsson, Dsilna, Fagerberg e Christensson, 2007; Shorey, He, & Morelius, 2016) promovem os sentimentos positivos dos pais sobre seus filhos e padrões de interações comportamentais positivos. Quando solicitados a refletir sobre o internamento dos seus RN, os pais descreveram sentimentos positivos quando são envolvidos no conhecimento (por exemplo, segurar, consolar), bem como comportamentos de cuidado (por exemplo, dar o banho, limpeza de área umbilical) (de Montigny & Lacharité, 2004). O estudo mostrou que um vídeo breve com instruções sobre a massagem infantil oferecido durante a hospitalização pós-parto foi bem aceite pelos pais e aumentou as interações pai-bebê específicas. Os pais gostaram de ter tido a oportunidade de aprender mais sobre os seus bebês e gostaram de ter sido em formato de vídeo. A breve instrução levou a um aumento do toque infantil pelos pais, o que poderia ser incentivado por vários tipos de instrução nas unidades pós-parto. As enfermeiras devem estar cientes de que os pais desejam ser envolvidos nos cuidados infantis e procuram oportunidades para serem incluídos.</p>

Título / Autores / Ano de Publicação	1. O que é a vinculação? 2. Quando se inicia a vinculação ao filho? 3. Quais os fatores que promovem o processo de vinculação do pai com o filho durante a fase pré-natal? 4. Quais os fatores que promovem o processo de vinculação do pai com o filho durante a fase perinatal?
E106: Integrative Review of Factors and Interventions That Influence Early Father–Infant Bonding. (SCISM; COBB, 2017)	<p>1. O conceito de vínculo mãe-bebê foi teorizado pela primeira vez no final dos anos 1960 por Rubin e mais tarde foi popularizado em meados da década de 1970 por Klaus e Kennell (Altaweli & Roberts, 2010; Johnson, 2013; Kinsey & Hupcey, 2013). Desde então uma abundância de pesquisas foi dedicada ao estudo do vínculo mãe-bebê. Lamb (1998) define vínculo como mental, emocional e domínios comportamentais relacionados à “incomparável experiência na vida de um adulto envolvendo a formação de um vínculo seletivo e duradouro com uma criança” (Altaweli & Roberts, 2010, p. 555). Os pesquisadores concordam que o vínculo é único e um fenômeno complexo que ocorre entre uma mãe e o bebê durante um período sensível (Ataweli & Roberts, 2010; Johnson, 2013; Kinsey & Hupcey, 2013). O apego é frequentemente usado como vínculo (Altaweli & Roberts, 2010; Kinsey & Hupcey, 2013); porém, pesquisadores reconheceram a diferença. Altaweli e Roberts (2010) diferenciaram os dois conceitos, postulando que vínculo se refere a sentimentos entre uma mãe e seu filho, enquanto apego se refere ao comportamento de um bebê em resposta a esses sentimentos.</p> <p>2. Investigadores ao analisarem comportamentos positivos de vinculação dos pais descobriram que pais exibem alguns dos mesmos comportamentos que as mães, incluindo olhar prolongado, vocalização e características distintas do bebê, segurando o bebê numa posição perto da face, sorrindo, e estar em estreita proximidade com a criança (Chally, 1979; Greenburg e Morris, 1974; Taubenheim, 1981; Tomlinson, Rothenburg e Carver, 1991; Toney, 1983). No entanto, apesar das semelhanças em comportamentos de vínculo, os pais podem exigir intervenções que são únicas para o fenômeno de vínculo pai-bebê.</p> <p>Os pais relataram que a paternidade começa no momento do nascimento, enquanto para as mães, a maternidade geralmente começa quando eles recebem a confirmação de gravidez (Longworth, Kingdon, & Cert, 2011; Sansiriphun, Kantaruska, Klunklin, Baosuang e Liamtrirat, 2015). A maioria dos homens entrou na paternidade com a expectativa de estabelecer um vínculo emocional imediato com o RN. No entanto, quando os pais não se encontravam equipados com as habilidades e conhecimentos necessários para criar um vínculo eficaz ou falta de orientação durante o trabalho de parto e parto, sentimentos de frustração, ressentimento e alienação eram frequentemente descritos (Anderson, 1996b; Erlandsson, Christensson, & Fagerberg, 2008; Longworth, Kingdon, & Cert, 2011; Montigny e Lacharite´, 2004; Sansiriphun et al., 2015).</p> <p>3. N.a.</p> <p>4. Proporcionando oportunidades de contato físico e envolvimento durante o nascimento. Pais consistentemente relatam que o contato físico precoce, não necessariamente pele a pele, foi uma das intervenções mais eficazes para iniciar o vínculo (Brandao & Figueiredo, 2012; Cheng, Volk, & Marini, 2011; Greenburg & Morris, 1974; Taubenheim, 1981). Oportunidades de contato físico após o nascimento incluem o corte do cordão umbilical, segurar ou tocar no recém-nascido, participar em atividades de cuidado, e fazer massagens ao RN. Pais que ativamente participam em atividades de cuidado no início do período pós-parto, especificamente alimentar o RN ou auxiliar na amamentação, mostraram maior frequência de comportamentos de ligação, como segurar a criança numa posição face a face e expressar vocalizações. Finalmente, a massagem infantil demonstrou indiretamente promover o vínculo pai-RN por reduzindo o stress associado a um bebê irritável.</p>
E107: Effects of Father-Neonate Skin-to-Skin Contact on Attachment: A Randomized Controlled Trial (CHEN; GAU; LIU; LEE, 2017)	<p>1. N.a.</p> <p>2. O estudo recomenda que enfermeiras e parteiras utilizem folhetos informativos e demonstrações durante a hospitalização pós-parto, incentivando o pai do RN a ter um papel ativo no cuidado do seu RN, a fim de melhorar as interações pai-RN e estabelecer a confiança dos pais.</p> <p>3. N.a.</p> <p>4. Os resultados deste estudo confirmam os efeitos positivos do contacto pele a pele, intensificando as intervenções em termos de explorar, falar, tocar e cuidar o que promove a relação de apego pai-RN aos 3 dias pós-parto.</p>

Fonte: Elaborado pelos autores.

■ DISCUSSÃO

O que é a vinculação?

Segundo Bowlby (1969), o apego (*attachment*) é definido como um relacionamento mútuo cujo aspeto emocional se sobrepõe, sendo considerado importante para o desenvolvimento da criança (ASLAN; ERTURK; DEMIR; AKSOY, 2017). O apego é definido como o vínculo afetivo entre o RN e o cuidador. Uma vinculação segura à mãe e ao pai é um fator de

proteção que promove o desenvolvimento social, emocional e cognitivo saudável da criança (WALTER; LANDERS; QUEHENBERGER; CARLSON *et al.*, 2019). Um apego seguro ao pai está associado a melhor adaptação à escola, menor ansiedade ou retração de comportamentos, maior autoestima e mais sociabilização (WALTER; LANDERS; QUEHENBERGER; CARLSON *et al.*, 2019).

Lamb, 1998, define o vínculo como um estado mental, emocional e comportamental relacionado à incomparável experiência na vida de um adulto envolvendo a formação de um vínculo seletivo e duradouro com uma criança (SCISM; COBB, 2017).

Também no que diz respeito ao período da gravidez, se verifica que existe apego paterno-fetal e que se caracteriza por um sentimento subjetivo de amor e carinho pelo feto que é considerado a base da identidade paterna. De acordo com Cranley, o apego fetal envolve ações que indicam interação com o feto (NOSRATI, 2018).

Os fatores que afetam a vinculação incluem relações familiares, aceitação da gravidez, apoio de outras pessoas, a autoimagem das mães, história de gestações anteriores, complicações na gravidez, gravidez indesejada, idade e nível de escolaridade (SETODEH, 2017). Daqui se depreende que não existe um consenso entre os investigadores quando se referem à variável vinculação nos seus estudos. Será que a vinculação é somente unidirecional? E que o apego é apenas a resposta do RN a um conjunto de comportamentos por parte dos pais? Efetivamente, “bonding” e “attachment” são conceitos que se complementam e que caracterizam a relação complexa, exclusiva, intensa e sem limites entre pais e filhos.

Quando se inicia a vinculação ao RN?

Na mãe a vinculação com o filho inicia-se quando é gerada uma nova vida no útero materno, já com o pai esta vinculação tende a ser mais tardia e só se evidencia aquando do nascimento (OLSSON; ERIKSSON; ANDERZÉN-CARLSSON, 2017). Nos casos de RN prematuros e de RN nascidos por cesariana esta vinculação parece dar-se de uma forma mais equiparada uma vez que o pai tende a substituir a mãe nos cuidados, muitas vezes por necessidade de assistência médica da mãe (OLSSON; ERIKSSON; ANDERZÉN-CARLSSON, 2017). Assim, a relação entre pais e filhos tem as suas raízes antes do nascimento e pode ser afetada por múltiplos fatores ambientais e pessoais que influenciam o processo psicológico de transição para a paternidade (DELLA VEDOVA; BURRO, 2017). Sendo que, os homens estão mais envolvidos com o futuro filho do que com o feto (DELLA VEDOVA; BURRO, 2017). Contudo, a aceitação da identidade paterna ocorre muito antes do nascimento (SETODEH, 2017).

Pode-se afirmar que a relação pai-bebé começa durante a gravidez e o seu desenvolvimento prepara os pais psicologicamente para o exigente trabalho de cuidados

infantis pós-natal e é fundamental para o sistema de cuidados que irá orientar os primeiros comportamentos parentais durante o período pós-natal (DAYTON; BROWN; GOLETZ; HICKS *et al.*, 2019).

Quais os fatores que promovem o processo de vinculação do pai com o RN?

Assistir ao parto, foi um fator que mostrou diferenças estatisticamente significativas no processo de vinculação (ASLAN; ERTURK; DEMIR; AKSOY, 2017). O pai assistir ao parto é importante para o estabelecimento do primeiro contacto com o RN. Estes resultados são coincidentes com o estudo de Mercer e Ferketich (1995), em que referem que os pais que assistem ao parto e cuidam do RN pós-parto desenvolvem vínculos fortes com o seu bebé (FERKETICH; MERCER, 1995).

O método canguru ou contacto pele a pele é utilizado para desenvolver a vinculação de ambos os pais. São vários os estudos que concluíram que o método canguru melhora e fortalece o papel paterno, diminuindo a ansiedade e aumentando a proteção paterna, assim como aumenta a confiança paterna para cuidar do RN, o que pode ser particularmente útil até no momento de recuperação pós-parto da mãe (CHEN; GAU; LIU; LEE, 2017; HELTH; JARDEN, 2013; KOW; GROOT; PUTHENPARAMPIL; FARUQI *et al.*, 2019; OLSSON; ERIKSSON; ANDERZÉN-CARLSSON, 2017; SHOREY; HE; MORELIUS, 2016). Segundo a evidência, o contacto pele a pele paterna é tão eficaz quanto o contacto pele a pele materna no aumento da temperatura, diminuição da dor e otimização da energia despendida pelo RN, e mais eficaz no alívio do choro do RN (DENG; LI; WANG; SUN *et al.*, 2018; SHOREY; HE; MORELIUS, 2016).

Atividades como ajudar durante o trabalho de parto e nascimento, corte do cordão umbilical e o contato pele a pele com o RN promovem sentimentos positivos nos pais sobre os seus filhos e padrões de interações comportamentais positivos (SUCHY; MORGAN; DUNCAN; VILLAR *et al.*, 2020). Proporcionar oportunidades de contato físico e envolvimento durante o nascimento, assim como o contato físico precoce, não necessariamente pele a pele, são intervenções eficazes para iniciar o vínculo (SCISM; COBB, 2017). Explorar, falar, tocar e cuidar promovem a relação de apego pai-RN aos 3 dias pós-parto (CHEN; GAU; LIU; LEE, 2017). Pais que ativamente participam em atividades de cuidado no início do período pós-parto, especificamente alimentando o RN ou auxiliando na amamentação, mostraram maior frequência de comportamentos de ligação, como segurando a criança numa posição face a face e expressando vocalizações (SCISM; COBB, 2017). Finalmente, a massagem infantil demonstrou indiretamente promover o vínculo pai-RN por reduzir o stress associado a um RN irritável (SCISM; COBB, 2017).

O estudo experimental de Suchy *et al.* (2020) comprovou que um vídeo breve com instruções sobre a massagem infantil oferecido durante a hospitalização pós-parto foi bem aceite pelos pais e aumentou as interações pai-RN específicas. Os pais gostaram da oportunidade de aprender mais sobre os seus bebês e apreciaram o formato de vídeo. A breve instrução levou a um aumento do toque infantil pelos pais, o que poderia ser incentivado por vários tipos de instrução nas unidades pós-parto (SUCHY; MORGAN; DUNCAN; VILLAR *et al.*, 2020).

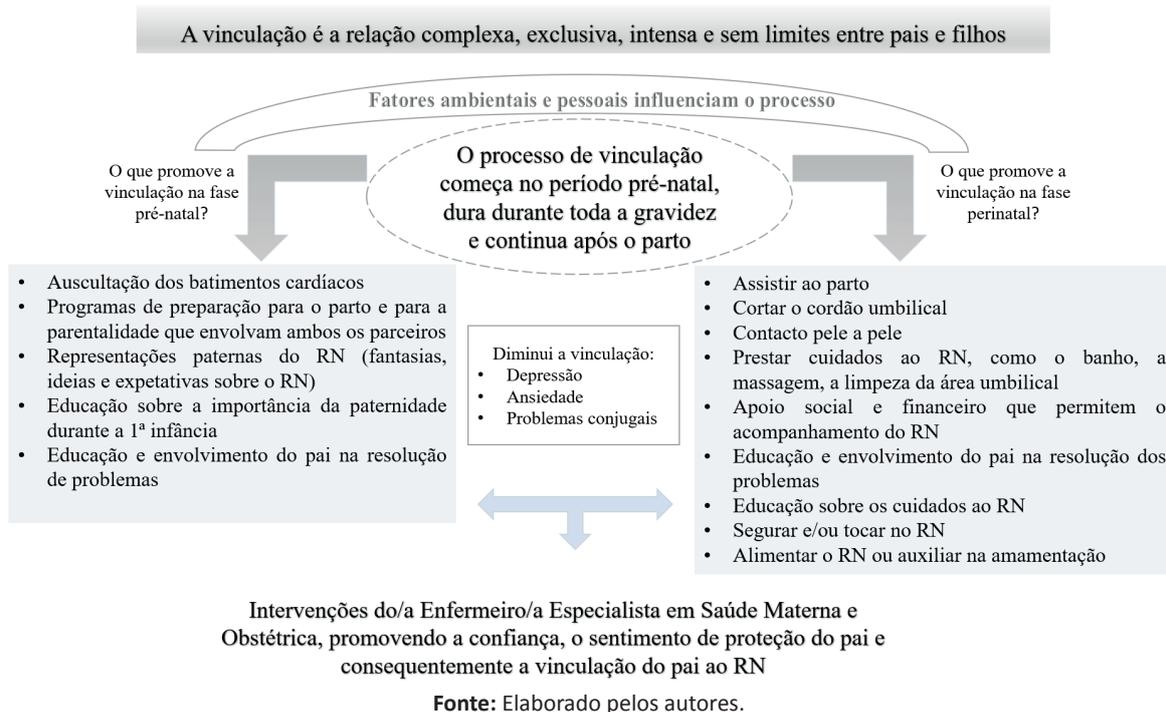
Vários estudos destacaram que programas preparação para o parto e parentalidade envolvendo ambos os parceiros, aumentaram a participação no pré-natal e tiveram um efeito positivo na saúde da família, promovendo a confiança, a capacidade de resolução de problemas e um maior envolvimento no processo de parentalidade (NOSRATI, 2018; WALTER; LANDERS; QUEHENBERGER; CARLSON *et al.*, 2019).

Ainda que, a intensidade da vinculação à criança durante a gravidez seja inversamente proporcional aos níveis de depressão e ansiedade dos pais ela é diretamente proporcional à sua autoestima, disponibilidade, suporte social, bem como à qualidade da relação conjugal (DAYTON; BROWN; GOLETZ; HICKS *et al.*, 2019; FIJAŁKOWSKA; BIELAWSKA-BATOROWICZ, 2020). Ajudar os pais a compreender a importância da paternidade durante a primeira infância promove o desenvolvimento de um vínculo forte e saudável com os seus filhos (DAYTON; BROWN; GOLETZ; HICKS *et al.*, 2019).

Mesmo durante a gravidez, os pais - assim como as mães - começam a idealizar sobre o RN. Eles têm fantasias, ideias e expectativas sobre seus filhos (por nascer) e desenvolvem representações de apego a respeito deles (BAKEL; HALL, 2020). As representações paternas do filho são importantes preditores de futuros comportamentos interativos (BAKEL; HALL, 2020).

Em síntese, apresenta-se na figura 2 a nossa compreensão sobre o que contribui para o processo de vinculação do pai ao RN.

Figura 2. Compreensão sobre o que contribui para o processo de vinculação do pai ao RN.



É sabido que existem diferenças baseadas no sexo, como funções de relacionamento, recursos disponíveis, atividades desenvolvidas, níveis hormonais, entre outros que influenciam a vinculação, contudo é importante que os estudos futuros incluam tanto as mães como os pais.

Sugere-se ainda que deve ficar claro o conceito principal a que o estudo se refere, uma vez que se identificou em alguns estudos o apego (*attachment*) como sinónimo de vínculo (*bonding*). Os dois conceitos diferenciam-se, postulando que vínculo se refere a sentimentos entre uma mãe/pai e o seu filho, enquanto apego se refere ao comportamento de um filho em resposta a esses sentimentos (SCISM; COBB, 2017). Por esta mesma razão, apresenta-se como limitação do presente estudo a possibilidade de não se ter rastreado toda a literatura existente.

Investigações futuras devem incluir uma metodologia experimental ou quase-experimental que permite identificar a eficácia de intervenções específicas na criação do vínculo do pai ao RN.

■ CONCLUSÃO

A evidência refere e recomenda que os enfermeiros utilizem folhetos informativos e exemplifiquem os procedimentos durante a hospitalização pós-parto de forma a incentivarem os pais a terem um papel ativo no cuidado ao seu RN, com o objetivo de melhorar as interações pai-RN. Desmistificar o sentimento que por vezes os pais sentem de que as

mães são melhores a realizarem o método canguru, porque consideram que o corpo da mulher está fisiologicamente preparado para tal devido ao cheiro materno do leite e porque o vínculo é maior por terem contacto com o feto durante a gravidez, de facto, o método é igualmente eficaz quando utilizado pelo pai. Todas estas intervenções são competência do/a Enfermeiro/a Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e promovem a confiança, o sentimento de proteção do pai e conseqüentemente a vinculação do pai ao RN. De facto, na sua maioria, os pais querem ser envolvidos na gravidez, no nascimento e no cuidar do RN, mas para tal precisam de ter acompanhamento e ter quem comunique eficazmente com eles, de forma a se sentirem parte integrante do processo de paternidade.

■ REFERÊNCIAS

1. ASLAN, E.; ERTURK, S.; DEMIR, H.; AKSOY, O. **Fathers' Attachment Status to their Infants. International Journal of Caring Sciences**, 10. n. 3, p. 1410-1418, 2017.
2. BAKEL, H.; HALL, R. A. S. The Father-infant relationship beyond caregiving sensitivity. **Attach Hum Dev**, 22, n. 1, p. 27-31, Feb 2020.
3. CHEN, E. M.; GAU, M. L.; LIU, C. Y.; LEE, T. Y. Effects of Father-Neonate Skin-to-Skin Contact on Attachment: A Randomized Controlled Trial. **Nurs Res Pract**, 2017, p. 8612024, 2017.
4. CONDON, J.; CORKINDALE, C.; BOYCE, P.; GAMBLE, E. A longitudinal study of father-to-infant attachment: antecedents and correlates. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, 31, p. 15-30, 01/24 2013.
5. CRAIG, J. V.; SMYTH, R. L.; NUNALLY. **Prática Baseada na Evidência Manual para Enfermeiros**. Loures: Lusociência, 2004.
6. DAYTON, C. J.; BROWN, S.; GOLETZ, J.; HICKS, L. *et al.* Pathways to Parenting: Predictors of Prenatal Bonding in a Sample of Expectant Mothers and Fathers Exposed to Contextual Risk. **Journal of Child and Family Studies**, 28, n. 4, p. 1134-1144, 2019/04/01 2019.
7. DELLA VEDOVA, A. M.; BURRO, R. Surveying prenatal attachment in fathers: the Italian adaptation of the Paternal Antenatal Attachment Scale (PAAS-IT). **J Reprod Infant Psychol**, 35, n. 5, p. 493-508, Nov 2017.
8. DENG, Q.; LI, Q.; WANG, H.; SUN, H. *et al.* Early father-infant skin-to-skin contact and its effect on the neurodevelopmental outcomes of moderately preterm infants in China: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, 19, n. 1, p. 701, Dec 22 2018.
9. FERKETICH, S. L.; MERCER, R. T. Paternal-infant attachment of experienced and inexperienced fathers during infancy. **Nurs Res**, 44, n. 1, p. 31-37, Jan-Feb 1995.
10. FIGUEIREDO, B. Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. **International Journal of Clinical and Health Psychology**, 3, n. 3, 2003.

11. FIJAŁKOWSKA, D.; BIELAWSKA-BATOROWICZ, E. A longitudinal study of parental attachment: pre- and postnatal study with couples. **J Reprod Infant Psychol**, 38, n. 5, p. 509-522, Nov 2020.
12. GROSSMANN, K.; GROSSMANN, K. E. Essentials when studying child-father attachment: A fundamental view on safe haven and secure base phenomena. **Attach Hum Dev**, 22, n. 1, p. 9-14, Feb 2020.
13. HELTH, T. D.; JARDEN, M. Fathers' experiences with the skin-to-skin method in NICU: Competent parenthood and redefined gender roles. **Journal of Neonatal Nursing**, 19, n. 3, p. 114-121, 2013/06/01/ 2013.
14. KLAUS, M. H.; JERAULD, R.; KREGER, N. C.; MCALPINE, W. *et al.* Maternal attachment. Importance of the first post-partum days. **N Engl J Med**, 286, n. 9, p. 460-463, Mar 2 1972.
15. KOW, S.; GROOT, J.; PUTHENPARAMPIL, J.; FARUQI, J. *et al.* The Impact of "Mom/Dad of the Day" Cards, Newborn Heart Auscultation, and Father Skin-to-Skin Care on Parent-Newborn Bonding. **Clin Pediatr (Phila)**, 58, n. 3, p. 349-353, Mar 2019.
16. LAMB, M.; PLECK, J.; CHARNOV, E.; LEVINE, J. Paternal Behavior in Humans. **Integrative and Comparative Biology**, 25, 08/01 1985.
17. NOSRATI, A. A. M., KOBRA AND GOLMAKANI, NAHID AND ASGHARI NEKAH, SEYYED MOHSEN AND ESMAEILI, HABIBOLLAH. *The Effect of Paternal-Fetal Attachment Training on Marital Satisfaction during Pregnancy.* **Journal of Midwifery and Reproductive Health**, 6, n. 11, p. 1132-1140, 2018.
18. OLSSON, E.; ERIKSSON, M.; ANDERZÉN-CARLSSON, A. Skin-to-Skin Contact Facilitates More Equal Parenthood - A Qualitative Study From Fathers' Perspective. **J Pediatr Nurs**, 34, p. e2-e9, May-Jun 2017.
19. RAMCHANDANI, P. G.; DOMONEY, J.; SETHNA, V.; PSYCHOGIOU, L. *et al.* Do early father-infant interactions predict the onset of externalising behaviours in young children? Findings from a longitudinal cohort study. **J Child Psychol Psychiatry**, 54, n. 1, p. 56-64, Jan 2013.
20. ROBSON, K. S.; MOSS, H. A. Patterns and determinants of maternal attachment. **J Pediatr**, 77, n. 6, p. 976-985, Dec 1970.
21. SCISM, A. R.; COBB, R. L. Integrative Review of Factors and Interventions That Influence Early Father-Infant Bonding. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, 46, n. 2, p. 163-170, Mar-Apr 2017.
22. SETODEH, S., POURAHMAD, S., AKBARZADEH, M. A study of the efficacy of fathers' attachment training on paternal-fetal attachment and parental anxiety. **Family Medicine & Primary Care Review**, 19, n. 4, 2017.
23. SHOREY, S.; HE, H. G.; MORELIUS, E. Skin-to-skin contact by fathers and the impact on infant and paternal outcomes: an integrative review. **Midwifery**, 40, p. 207-217, Sep 2016.
24. STEEN, M.; DOWNE, S.; BAMFORD, N.; EDOZIEN, L. Not-patient and not-visitor: a metasynthesis fathers' encounters with pregnancy, birth and maternity care. **Midwifery**, 28, n. 4, p. 362-371, Aug 2012.
25. SUCHY, C.; MORGAN, G.; DUNCAN, S.; VILLAR, S. *et al.* Teaching Father-Infant Massage during Postpartum Hospitalization: A Randomized Crossover Trial. **MCN Am J Matern Child Nurs**, 45, n. 3, p. 169-175, May/June 2020.

26. WALTER, I.; LANDERS, S.; QUEHENBERGER, J.; CARLSON, E. *et al.* *The efficacy of the attachment-based SAFE® prevention program: a randomized control trial including mothers and fathers. **Attach Hum Dev**, 21, n. 5, p. 510-531, Oct 2019.
27. YU, C. Y.; HUNG, C. H.; CHAN, T. F.; YEH, C. H. *et al.* Prenatal predictors for father-infant attachment after childbirth. **J Clin Nurs**, 21, n. 11-12, p. 1577-1583, Jun 2012.

A parentalidade *mindful* como prática parental: análise de conceito

| **Maria Fátima Graça Frade**
ESEL/CAPP

| **Cristiana Furtado Firmino**
ESSCVP/CEEPS

| **Luís Manuel Mota de Sousa**
ESESJD/EUCHRC

| **João Manuel Graça Frade**
ESSLEI/CITECHCARE/UMIB

RESUMO

Esta análise de conceito do termo parentalidade *mindful*, tem o objetivo de perceber de que forma se caracteriza a parentalidade *mindful* nas práticas parentais dos pais de crianças e adolescentes. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura para identificação e seleção dos artigos e uma análise de conceito de acordo com o método evolutivo de Rodgers. Foram selecionados dez artigos para revisão final e com base nos 4 elementos do modelo de Rodgers encontramos: 1) os conceitos relacionados, sendo eles parentalidade *mindful*, parentalidade atenta e parentalidade consciente 2) os atributos essenciais: ouvir atentamente os filhos; cultivar a abertura e aceitação sem julgamento; consciência emocional; autorregulação emocional; autocompaixão e compaixão 3) os antecedentes incluem o estilo parental, o gênero, o grau de escolaridade, ser autocompassivo, observador e empático; ter participado em programas de treino parental; 4) as consequências são a redução do stress parental, melhor comunicação pais-filhos, menos problemas de ansiedade e stress e aumento do bem-estar das crianças e adolescentes. Este estudo permite-nos compreender que a promoção da prática da parentalidade *mindful*, pode ser incluída na educação parental desenvolvida pelos enfermeiros como intervenção de enfermagem que prevê a disposição para melhorar a parentalidade.

Palavras-chave: Parentalidade *Mindful*, Práticas Parentais, Crianças, Adolescentes, Famílias.

■ INTRODUÇÃO

A parentalidade *mindful* caracteriza-se pela aplicação de conceitos do *mindfulness* na relação entre os pais e os filhos, isto é, caracteriza-se pela adoção por parte dos pais de atitudes de compaixão, aceitação e empatia, perante os próprios, perante os filhos e perante a interação entre pais e filhos, estando assim atento às necessidades dos filhos e assumindo responsabilidade pelas mesmas. Este tipo de parentalidade implica estar totalmente presente em cada momento, durante as interações pais e filhos (BÖGELS; RESTIFO, 2014; DUNCAN; COATSWORTH; GREENBERG, 2009).

Perante situações de *stress*, muitos pais vivenciam emoções intensas e lidam com essas situações usando comportamento agressivo para com os filhos (gritos, ameaças, violência física), uma alternativa para lidar com os desafios e fontes de *stress* que ocorrem durante o exercício da parentalidade é a prática da parentalidade *mindful* (BÖGELS; RESTIFO, 2014).

Vários autores sugerem que a integração de uma consciência *mindfulness* no exercício da parentalidade promove relações entre pais e filhos mais positivas e satisfatórias, melhora o funcionamento familiar e o bem-estar das crianças e adolescentes, os pais mostram maior consistência nas práticas parentais e exibem um maior número de comportamentos positivos na interação com os seus filhos; assumem uma postura de maior afeto, caracterizada por uma melhor comunicação, fazendo com que a criança se sinta mais aceita (COATSWORTH *et al.*, 2010; DUNCAN *et al.*, 2015; GEURTZEN *et al.*, 2014; KABAT-ZINN; KABAT-ZINN, 1997).

Pais que praticam a parentalidade *mindful* relatam que têm menos *stress* parental, menor tendência para a superproteção ou rejeição da criança. Por outro lado, esta prática parental promove a autonomia da criança e níveis mais elevados de adaptação psicológica das crianças e adolescentes. Assim, a prática da aceitação, sem julgamentos dos pais *mindful* leva a níveis mais baixos de depressão e sintomas de ansiedade nos adolescentes. A vinculação segura proporcionada pela parentalidade *mindful* é um dos fatores de proteção da saúde mental infantil e do bom funcionamento psicossocial das crianças e dos adolescentes. Crianças e adolescentes com uma relação segura com os pais relatam níveis elevados de bem-estar, qualidade de vida e satisfação com a vida, melhor autoestima, melhor regulação emocional, maior competência escolar e relações mais positivas com os seus pares (KERNS *et al.*, 2015; O'CONNOR *et al.*, 2014; PINTO *et al.*, 2015; SROUFE, 2005).

O enfermeiro tem um papel preponderante no apoio dos pais e famílias na transição para a parentalidade, esta importância prende-se com a intervenção do mesmo na educação parental e promoção da parentalidade, promovendo assim o saudável desenvolvimento infantil e o ambiente familiar. Estas intervenções devem promover práticas parentais positivas, que levem à eficácia e satisfação parental, estimulem a ligação que os pais têm com os filhos,

promovam *coping* familiar, proporciona suporte emocional aos pais, reduza o *stress* parental e promova um ambiente saudável onde a criança se desenvolve (SCHMIDT *et al.*, 2016).

Programas internacionais direcionados para a saúde materno-infantil com foco na construção de competências parentais saudáveis, apresentam resultados muito positivos, quando estes programas são desenvolvidos por enfermeiros (BARNES *et al.*, 2011).

Para o desenvolvimento da parentalidade no cuidado à primeira infância, o enfermeiro atua em diferentes dimensões: (1) promotor da construção do papel parental; (2) orientações e apoio para implementação de cuidados de saúde físicos; (3) orientações para promoção de ambiente seguro; (4) aplicação de teorias, princípios e métodos dos programas materno-infantis; (5) estabelecimento de relações terapêuticas; (6) implementação da gestão da atenção materno-infantil; (7) promoção de acesso à rede de apoio; (8) orientação para o curso de vida das figuras parentais; e (9) uso de evidências científicas para orientar a prática (RETICENA *et al.*, 2019).

Na dimensão da promoção da construção do papel parental, podemos realçar que a parentalidade *mindful* tem características que reforçam a saúde e desenvolvimento da criança e do adolescente. Assim, a promoção de práticas de uma consciência *mindfulness* na parentalidade tem impacto positivo em diferentes níveis; diminuem os problemas comportamentais e emocionais de pais e filhos; reduzem o *stress* parental e a reatividade dos pais; melhoram a parentalidade e a coparentalidade; aumentam os níveis gerais de *mindfulness* nos pais; promovem uma consciência *mindfulness* nas interações entre pais e filhos; e diminuem a exclusão dos pais para com os filhos (BÖGELS; RESTIFO, 2014).

Neste sentido, os enfermeiros podem contribuir, articulando-se com outros profissionais e outras áreas sociais, para a preparação das figuras parentais no desempenho das suas funções, tendo como objetivo a promoção da saúde da criança, jovem e família.

Na tentativa de percebermos melhor o que contempla a prática da parentalidade *mindful*, sentimos a necessidade de refinamento e clarificação do conceito parentalidade *mindful*, identificando os seus atributos, antecedentes, consequências e, ainda, os fatores promotores que podem contribuir para a sua utilização na promoção da parentalidade.

Desta forma, o objetivo deste estudo é realizar uma análise de conceito do termo parentalidade *mindful*, sob a visão evolucionária de Rodgers, para perceber de que forma se caracteriza a parentalidade *mindful* nas práticas parentais dos pais de crianças e adolescentes.

■ DESENVOLVIMENTO

Metodologia

Na realização deste estudo utilizamos duas metodologias: o método evolucionário de Rodgers e a Revisão Integrativa da Literatura (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014; SOUSA, *et al.*, 2017; SOUSA *et al.*, 2018a). O Método evolucionário de Rodgers (RODGERS, 2000), denominado na literatura como o método evolucionário de análise conceitual, caracteriza-se por ser um modelo indutivo e descritivo, que é utilizado para investigar a história de um determinado conceito. Neste modelo o conceito é entendido consoante o seu contexto particular, é dinâmico e modifica-se ao longo do tempo (DINMOHAMMADI; PEYROVI; MEHRDAD, 2013). Para o desenvolvimento do conceito no método evolucionário de Rodgers distinguem-se três aspetos importantes: o significado, o uso e a aplicação. Ou seja, o significado de um conceito depende da sua utilização num determinado contexto (COSTA; CARBOGIM; OLIVEIRA; ARAÚJO PÜSCHEL, 2016).

A análise de conceito através do método evolucionário de Rodgers é constituído por 6 etapas, como se apresenta no Quadro 1.

Quadro 1. As Etapas do Modelo evolucionista de Rodgers.

Etapas do método evolucionário de Rodgers
1. Definição do conceito de interesse e as expressões associadas (conceitos relacionados e termos substitutos)
2. Seleção do campo para a colheita de dados
3. Análise dos atributos essenciais (características do conceito)
4. Base contextual do conceito (antecedentes e consequentes)
5. Identificação de um exemplo do conceito a investigar
6. Determinar as implicações e hipóteses para o conceito

Fonte: adaptado de Rodgers (2000).

Para a identificação e seleção da bibliografia, usou-se a metodologia de revisão integrativa da literatura, esta metodologia permite-nos uma síntese de resultados e uma compreensão mais abrangente e profunda do conceito, gerando novos conhecimentos sobre o conceito em estudo (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014; SOUSA *et al.*, 2017). Esta revisão permite-nos identificar a base contextual do conceito (4.^a etapa do método evolucionista de Rodgers), sendo através desta análise que se irão encontrar as características do conceito (SILVA; TALMELLI; GRATÃO; RODRIGUES, 2016). Para a realização da Revisão Integrativa da Literatura, seguiram-se as seis etapas preconizadas para a mesma: 1) Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração

da revisão integrativa; 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou pesquisa de literatura; 3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados / categorização dos estudos; 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) Interpretação dos resultados; e, 6) Apresentação da revisão / síntese do conhecimento (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014; SOUSA *et al.*, 2017).

Assim, definiu-se como questão de investigação – seguindo o acrónimo PCC (SOUSA *et al.*, 2018b), ou seja, P (População – crianças, adolescentes e famílias); C (Conceito – Parentalidade *mindful*); C (Contexto – práticas parentais): Como se caracteriza o conceito de parentalidade *mindful* (C) no exercício da parentalidade/estilo de parentalidade (C) dos pais de crianças e adolescentes (P)?

A pesquisa eletrónica foi realizada nas seguintes bases de dados na área da saúde: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); SCOPUS e EBSCOhost e Google Académico, os descritores utilizados foram: (*mindful parenting*) AND (*parenting*) AND ((*Children*) OR (*Adolescent*) OR (*Family*)). Utilizou-se como critérios de inclusão: disponibilidade (artigos com texto completo), idioma (publicados em língua inglesa, espanhola e portuguesa), tempo de publicação (últimos cinco anos), todo o tipo de artigos. Foram ainda consideradas as referências desses artigos. Como estratégia para seleção dos artigos utilizou-se a leitura do título e resumo, quando a leitura do título e resumo não eram suficientes, procedeu-se à leitura do texto integral do artigo. Foram identificados 520 artigos e rejeitados pelo título 416. Dos 104 artigos, excluimos os duplicados e sem texto integral dos quais resultaram os 10 artigos que integramos neste estudo.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da pesquisa realizada, foram incluídos dez artigos que cumprem os critérios de inclusão. Relativamente ao ano de publicação, os artigos foram publicados em 2016, 2017, 2018, 2020, 2021.

No que se refere aos países de origem, os artigos são de Portugal, Pensilvânia, Canadá, Singapura e Estados Unidos da América. Os artigos incluídos na análise de conceito estão representados no quadro 2.

Quadro 2. Artigos incluídos na análise de conceito.

Autores	Título do Artigo	Revista
GOUVEIA, M.J.; CARONA, C.; CANAVARRO, M.C.; MORREIRA, H;	Self-Compassion and Dispositional Mindfulness Are Associated with Parenting Styles and Parenting Stress: The Mediating Role of Mindful Parenting	Mindfulness; 7, p. 700–712, 2016. DOI 10.1007/s12671-016-0507-y
MEDEIROS, C.; GOUVEIA, M.J.; CANAVARRO, M.C.; MOREIRA, H;	The Indirect Effect of the Mindful Parenting of Mothers and Fathers on the Child’s Perceived Well-Being Through the Child’s Attachment to Parents	Mindfulness, 7, p. 916–927, 2016. DOI 10.1007/s12671-016-0530-z
COATSWORTH, J.D.; TIMPE, Z. NIX, R.L.; DUNCAN, L.G.; GREENBERG, M. T.	Changes in Mindful Parenting: Associations with Changes in Parenting, Parent–Youth Relationship Quality, and Youth Behavior	Journal of Society of Social Work Research, v. 9, n. 4, p. 2334-2315, 2018. Doi: 10.1086/701148
MOREIRA, H; GOUVEIA, M. J.; CANAVARRO, M.C.	Is Mindful Parenting Associated with Adolescents’ Well-being in Early and Middle/Late Adolescence? The Mediating Role of Adolescents’ Attachment Representations, Self-Compassion and Mindfulness	Journal of Youth and Adolescence, v. 47, p. 1771–1788, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10964-018-0808-7
MOREIRA, H.; CANAVARRO, M.C.	Does the association between mindful parenting and adolescents’ dispositional mindfulness depend on the levels of anxiety and depression symptomatology in mothers?	Journal of Youth and Adolescence, v. 68, p. 22–31, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.07.003
KIL, H.; ANTONACCI, R.	Mindful Parenting Programs in Non-clinical Contexts: A Qualitative Review of Child Outcomes and Programs, and Recommendations for Future Research	Journal of Child and Family Studies, v. 29, p.1887–1898, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10826-020-01714-4
MOREIRA, H.; CANAVARRO, M.C.	Mindful Parenting is Associated with Adolescents’ Difficulties in Emotion Regulation Through Adolescents’ Psychological Inflexibility and Self-Compassion	Journal of Youth and Adolescence, v. 49, p. 192–211, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10964-019-01133-9
SHOREY, S.; DEBBY NG, E.	The efficacy of mindful parenting interventions: A systematic review and meta-analysis	International of Journal of Nursing Studies, v.121, p. 103996, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103996
KABAT-ZINN, J.; KABAT-ZINN, M.	Mindful Parenting: Perspectives on the Heart of the Matter	Mindfulness, v.12, p. 266–268, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s12671-020-01564-7
LIPPOLD, M.A.; JENSEN, T.M.; DUNCAN, L.G.; NIX, R.N.; COATSWORTH, J.D.; GREENBERG, M.T.	Mindful Parenting, Parenting Cognitions, and Parent-Youth Communication: Bidirectional Linkages and Mediation Processes	Mindfulness, v.12, p. 381-391, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s12671-019-01119-5

Com base na literatura pesquisada e nos artigos selecionados, e tendo também em conta o conceito pesquisado, a parentalidade *mindful* é descrita como uma prática parental que é abordada em todos os artigos. Este conceito é utilizado na área da Saúde, nomeadamente na área da psicologia e saúde mental e também na área da educação.

A parentalidade *mindful* é mencionada como uma prática parental em que os pais desenvolvem a atenção plena a cada momento nos relacionamentos com os filhos (GOUVEIA, *et al.*, 2016) e caracteriza-se pela escuta atenta à criança, aceitação sem julgamento do próprio comportamento e do comportamento da criança, ganho de consciência das suas emoções e das emoções da criança, autorregulação na relação parental e compaixão por si mesmo e pela criança (COATSWORTH, *et al.*, 2017; GOUVEIA, *et al.*, 2016; MEDEIROS, *et al.*, 2016; MOREIRA, *et al.*, 2018; SOREY; DEBBY, 2021), trazendo benefícios para a relação parental, como sejam, melhoria da função parental e reduz o stress parental; aumenta a atenção em si próprio, aumentado o autoconhecimento; melhora a comunicação pai-filho; aumenta o bem-estar da criança; melhora os ajustes psicológicos e diminui os problemas de internalização e externalização na criança e no jovem (COATSWORTH *et al.*,

2017; GOUVEIA, *et al.*, 2016; KABAT-ZINN; KABAT-ZINN, 2021; MEDEIROS *et al.*, 2016; MOREIRA *et al.*, 2018; SOREY; DEBBY, 2021;).

Tendo em conta os elementos fundamentais da análise de conceito conforme o método evolucionário de Rodgers, esta análise da literatura permitiu-nos a identificação das características do conceito, atributos essenciais e base contextual do conceito, conforme dados no quadro 3.

Quadro 3. Parentalidade *Mindful*, segundo o método evolucionário de Rodgers⁶

Parentalidade <i>Mindful</i> , segundo o método evolucionário de Rodgers ⁶		
Características do conceito (relacionadas e substitutivos)	Atributos essenciais do conceito (expressam a sua natureza)	Base contextual do conceito (antecedentes e consequências)
<p>Parentalidade <i>Mindful</i> (GOUVEIA <i>et al.</i>, 2016; MEDEIROS <i>et al.</i>, 2016; MEDEIROS <i>et al.</i>, 2018; MOREIRA; CANAVARRO, 2020)</p> <p>Parentalidade Atenta (COATSWORTH <i>et al.</i>, 2017; SHOREY; DEBBY, 2021; KABAT-ZINN; KABAT-ZINN, 2021)</p> <p>Parentalidade Consciente (KIL; ANTONACCI, 2020; LIPPOLD <i>et al.</i>, 2021)</p>	<p>Conjunto de habilidades dos pais que incluem a atenção plena a cada momento no relacionamento com os filhos aumentando a consciência plena na interações pais-filhos no dia a dia.</p> <p>Contempla cinco dimensões:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ouvir com atenção plena à criança; 2. aceitar sem julgamento o próprio comportamento e o da criança; 3. consciência dos seus sentimentos e emoções e dos sentimentos e emoções da criança; 4. autorregulação na relação parental; 5. compaixão por si mesmo como pai e pela criança. <p>Tem por base o <i>mindfulness</i>, ajudando a pessoa a mudar o foco cognitivo para o momento presente, cultiva a autoconsciência, regulação das emoções e compaixão pelos outros.</p> <p>(GOUVEIA <i>et al.</i>, 2016; MEDEIROS <i>et al.</i>, 2016; MEDEIROS <i>et al.</i>, 2018; MOREIRA; CANAVARRO, 2020; COATSWORTH <i>et al.</i>, 2017; SHOREY; DEBBY, 2021; KABAT-ZINN; KABAT-ZINN, 2021; KIL; ANTONACCI, 2020; LIPPOLD <i>et al.</i>, 2021).</p>	<p>Antecedentes</p> <p>Estilo parental mais adaptativo (GOUVEIA <i>et al.</i>, 2016)</p> <p>Pais sem psicopatologia e sem stress parental (GOUVEIA <i>et al.</i>, 2016; MOREIRA; CANAVARRO, 2018);</p> <p>Género/ser mulher/mãe (GOUVEIA <i>et al.</i>, 2016; MEDEIROS <i>et al.</i>, 2016; COATSWORTH <i>et al.</i>, 2017, SHOREY; DEBBY, 2021)</p> <p>Disponibilidade de tempo/ menor número de filhos (GOUVEIA <i>et al.</i>, 2016; SHOREY; DEBBY, 2021)</p> <p>Grau de escolaridade (GOUVEIA <i>et al.</i>, 2016)</p> <p>Predisposição para a observação, auto-observação e atenção plena (GOUVEIA <i>et al.</i>, 2016; MOREIRA; CANAVARRO, 2018)</p> <p>Promover relação de apego seguro (MEDEIROS <i>et al.</i>, 2016)</p> <p>Ter frequentado um programa de treino e fortalecimento de relações familiares (COATSWORTH <i>et al.</i>, 2017; KIL; ANTONACCI, 2020; SHOREY; DEBBY, 2021)</p> <p>Ser empático e estar recetivo e disponível para as necessidades do filho e ter flexibilidade psicológica (GOUVEIA <i>et al.</i>, 2016; MOREIRA; CANAVARRO, 2018; MOREIRA; CANAVARRO, 2020)</p> <p>Prática de autocuidado pelos pais (KABAT-ZINN; KABAT-ZINN, 2021)</p> <p>Sentir-se competente no papel parental (LIPPOLD <i>et al.</i>, 2021)</p> <p>Consequências</p> <p>Redução do stress parental (MEDEIROS <i>et al.</i>, 2016, SHOREY; DEBBY, 2021; KABAT-ZINN; KABAT-ZINN, 2021)</p> <p>Melhor comunicação pais-filhos (MEDEIROS <i>et al.</i>, 2016; COATSWORTH <i>et al.</i>, 2017; KIL; ANTONACCI, 2020; LIPPOLD <i>et al.</i>, 2021)</p> <p>Maior bem-estar da criança e adolescente associado a práticas parentais positivas (reforço positivo, expressão de amor e afeto) (GOUVEIA <i>et al.</i>, 2016; MEDEIROS <i>et al.</i>, 2016; MOREIRA; CANAVARRO, 2018; SHOREY; DEBBY, 2021; KABAT-ZINN, 2021)</p> <p>Menos problemas de internalização e externalização na criança e adolescente (COATSWORTH <i>et al.</i>, 2017; MOREIRA <i>et al.</i>, 2018; KABAT-ZINN, 2021).</p> <p>Níveis mais baixos de sintomas de ansiedade e depressão nas crianças e adolescentes (MOREIRA <i>et al.</i>, 2018)</p>

Com base nos artigos pesquisados, e após a análise do quadro acima descrito, emergiram diferentes formas de expressão para denominar a parentalidade *Mindful*. Nessa análise, os termos mais referidos foram parentalidade *mindful* (GOUVEIA *et al.*, 2016; MEDEIROS *et al.*, 2016; MEDEIROS *et al.*, 2018; MOREIRA; CANAVARRO, 2020) parentalidade atenta (COATSWORTH *et al.*, 2017; KABAT-ZINN; KABAT-ZINN, 2021; SHOREY; DEBBY, 2021) e parentalidade consciente (KIL; ANTONACCI, 2020; LIPPOLD *et al.*, 2021).

Os atributos essenciais que caracterizam a parentalidade *mindful* são: ouvir atentamente os seus filhos durante as interações parentais; cultivar a abertura e aceitação sem julgamento em relação aos traços, atributos e comportamentos próprios e de seus filhos; consciência emocional de si mesmo e de seus filhos; autorregulação dos pais, ou capacidade de desacelerar as próprias reações ao comportamento dos filhos, estando conscientes das próprias intenções como pais e implementar calmamente comportamentos parentais adequados; autocompaixão e compaixão pela criança, refletindo a genuína preocupação pelos filhos, por si próprios e pelos conflitos entre ambas as partes. Esta prática pode incluir formas de meditação como a meditação consciente formal ou informal e o *mindfulness* (COATSWORTH *et al.*, 2017; GOUVEIA *et al.*, 2016; KABAT-ZINN; KABAT-ZINN, 2021; KIL; ANTONACCI, 2020; LIPPOLD *et al.*, 2021; MEDEIROS *et al.*, 2016; MEDEIROS *et al.*, 2018; MOREIRA; CANAVARRO, 2020; SHOREY; DEBBY, 2021).

Esta análise de conceito permitiu identificar os seguintes antecedentes: ter um estilo parental mais adaptativo, que permite a adoção de práticas parentais que melhor se adequam a intenção que se coloca na relação que se pretende ter com os filhos (GOUVEIA *et al.*, 2016), vivência de menos stress parental e não possuir uma psicopatologia, isto é, pais com menos stress e ansiedade tem mais predisposição para esta prática parental, o que pode ser explicado pelo facto de as mães menos angustiadas e ruminativas terem mais facilidade em se focar no momento presente, ativando a atenção plena a cada momento de interação com os filhos, conseguindo assim estar mais atentas aos comportamentos e emoções dos seus filhos. Ao contrário, as mães deprimidas mostram-se mais focadas em si mesmas, tem mais dificuldade aceitar as suas limitações como pais, julgando constantemente a sua prestação, tendo menos sensibilidade para as necessidades dos filhos (GOUVEIA *et al.*, 2016; MOREIRA; CANAVARRO, 2018); ser do género feminino/ser mulher/mãe predispõem para a prática de parentalidade *mindful*, algumas características das mulheres como ser mais emocional e empático pode torná-las mais sensíveis à identificação das necessidades dos seus filhos, por sua vez a mulher biologicamente e evolutivamente, está melhor preparada para assumir o papel de cuidadora do que os homens; biologicamente produzem a hormona de ocitocina durante a gravidez e amamentação que facilita o cuidado ao filho; por outro lado, culturalmente as mulheres ainda assumem o papel de cuidador principal dos filhos;

todas estas questões predisõem a mulher a adotar e implementar compaixão em relação aos comportamentos dos filhos (COATSWORTH *et al.*, 2017; GOUVEIA *et al.*, 2016; MEDEIROS *et al.*, 2016; SHOREY; DEBBY, 2021). Ter disponibilidade de tempo associado a ter menor número de filhos ou a ter filhos sem qualquer problema de saúde, isto é, para se ter uma atitude de atenção plena é essencial que os pais estejam fisicamente e mentalmente disponíveis para o seu filho, ter mais do que um filho ou ter um filho com um problema de saúde é exigente em termos de disponibilidade de cuidado e de gestão de tempo, podendo ser mais difícil implementar esta prática na rotina diária (GOUVEIA *et al.*, 2016; SHOREY; DEBBY, 2021); ter maior grau de escolaridade, pais com maior grau de escolaridade tem maior oportunidade de adquirir conhecimento especializado na área para treinar habilidades nas relações parentais, e também reconhecer os benefícios da promoção de um relação de maior qualidade com os seus filhos (GOUVEIA *et al.*, 2016); Ter predisposição natural para a auto-observação, observação e atenção plena, o desenvolvimento destas capacidades ajuda as pessoas a aumentar a consciência emocional de estados internos o que pode permitir que, os pais pensem antes de reagirem automaticamente, e que estejam mais atentos às emoções e pensamentos dos seus filhos, ajudando os pais a ter maior autoregulação nas interações pais-filho (GOUVEIA *et al.*, 2016; MOREIRA; CANAVARRO, 2018); ser autocompassivo, empático, paciente e carinhoso e ter flexibilidade psicológica, promove uma relação adaptativa *self to self* e com o outro, pessoas com mais autocompaixão/bondade empatia/flexibilidade psicológica são mais atenciosas e solidárias consigo mesmas, com as suas falhas, menos autocríticos em relação aos seus comportamentos parentais e sentem-se mais confiantes em cuidar da criança de forma respeitadora. Pessoas autocompassivas estão mais predispostas para aceitar sem julgar as suas limitações enquanto pais e as imperfeições dos filhos, também têm mais capacidade de estar atentos às emoções e pensamentos dolorosos, em vez de evitá-los ou negá-los. Esta consciência do seu estado emocional e do estado emocional dos filhos leva autorregulação na relação parental, tornando os pais menos reativos (GOUVEIA *et al.*, 2016; MOREIRA; CANAVARRO, 2018; MOREIRA; CANAVARRO, 2020). Por outro lado, querer desenvolver uma relação de apego seguro com os filhos, leva os pais à procura de adotar uma postura menos reativa e a estar mais atento e disponível para as necessidades do filho. Estas expectativas de disponibilidade, sensibilidade e responsabilidade da figura de apego leva ao bem estar da criança (MEDEIROS *et al.*, 2016). O facto de terem frequentado um programa de treino e fortalecimento de relações familiares (Programa de parentalidade consciente, programa de redução de stress, programa de *mindfulness* baseado em terapia cognitiva) leva a que os pais tenham uma mudança significativa na atenção e consciência das emoções da criança e das próprias emoções, assim como o desenvolvimento da capacidade de se autorregularem, sendo estes aspetos mais evidentes para pais (homens) que

frequentam o programa do que para mães, estes programas trabalham a atenção plena, a consciência emocional, a autorregulação das emoções, a autocompaixão que tem impacto nas experiências intrapessoais parentais e têm influência na redução do stress parental e também no humor dos pais (COATSWORTH *et al.*, 2017; KIL; ANTONACCI, 2020; SHOREY; DEBBY, 2021); a prática do autocuidado pelos pais, leva a que os pais cuidem deles em qualquer grau, físico, emocional, espiritual, vivendo cada momento de forma consciente e aumentando assim os recursos internos intactos e disponíveis em cada um de nós, como seja a paciência, a consciência plena, a autocompaixão (KABAT-ZINN; KABAT-ZINN, 2021). Por fim, sentir-se competente no papel parental, impulsiona estes pais a praticarem a atenção plena, o não julgamento e a ser mais compassivo com os filhos, mantendo a motivação para esta prática mesmo quando surgem obstáculos no seu papel parental. Ao sentir-se mais competente e estar menos centrado em alguma prática parental que pode ser menos positiva, pode ajudar os pais a ter mais compaixão por si mesmo e com o seu filho, sendo menos reativo (LIPPOLD *et al.*, 2021).

No que diz respeito aos consequentes emergiram a redução do stress parental, o facto dos pais estarem mais atentos ao comportamento e emoções da criança e aos seus, leva a que os mesmos ganhem a capacidade de se autorregular nas interações pais-filhos, interrompendo assim ciclos automáticos e desadaptativos que possam gerar stress parental (KABAT-ZINN; KABAT-ZINN, 2021; MEDEIROS *et al.*, 2016, SHOREY; DEBBY, 2021); melhora a comunicação pais-filhos que resulta da redução da reatividade dos pais e da autorregulação emocional em momentos desafiantes, ao manifestarem menos julgamento, menos reações agressivas e controladoras, as crianças confiam nos pais para abordarem qualquer tipo de assunto (COATSWORTH *et al.*, 2017; KIL; ANTONACCI, 2020; LIPPOLD *et al.*, 2021 MEDEIROS *et al.*, 2016); o aumento do bem-estar da criança e adolescente e o desenvolvimento de práticas parentais positivas, com expressão do amor e reforços positivos, advém da relação de apego seguro criado entre pais e filho, em resultado de interações positivas que tem por base o não julgamento, a autocompaixão e a flexibilidade psicológica (GOUVEIA *et al.*, 2016; MEDEIROS *et al.*, 2016; MOREIRA; CANAVARRO, 2018; SHOREY; DEBBY, 2021); menos problemas de internalização e externalização na criança e adolescentes e níveis mais baixos de sintomas de ansiedade e depressão na criança, a prática de uma parentalidade com aceitação e sem julgamento está associada a uma adaptação psicossocial positiva das crianças e adolescentes, diminuindo os níveis de depressão e ansiedade destas crianças, as crianças sentem a certeza de que têm valor intrínseco, que são vistos, conhecidos e bem-vindos, amados e aceites pelo que são (COATSWORTH *et al.*, 2017; KABAT-ZINN; KABAT-ZINN, 2021; MOREIRA *et al.*, 2018).

Como programas de intervenção são sugeridos programas de treino da atenção plena, que ajude os pais a treinarem a atenção plena em cada momento, e em especial na interação com os filhos (GOUVEIA *et al.*, 2016); programas de parentalidade *mindful*, que promovam o autoconhecimento, a atenção plena, a consciência emocional de si e do outro, a aceitação e não julgamento; programas de treino e intervenção para fortalecimento familiar, que inclui práticas de atenção plena, consciência emocional e autocompaixão, onde se estimula a observação e a aprendizagem de habilidades de compaixão e atenção plena e treino de habilidades parentais que incluam o reforço positivo da criança, mostrar cordialidade e estabelecer limites (COATSWORTH *et al.*, 2017; KIL; ANTONACCI, 2020; MEDEIROS *et al.*, 2016; MOREIRA; CANAVARRO, 2018). A prática formal de *mindfulness* pode ser um meio para integrar a prática de uma parentalidade *mindful* (KABAT-ZINN; KABAT-ZINN, 2021).

Podemos também apurar com esta análise de conceito que são utilizados diferentes Instrumentos para estudar as questões relacionadas com a parentalidade *mindful*, sendo eles, a versão portuguesa da Mindful Attention and Awareness Scale (MAAS), que permite avaliar o ouvir com total atenção, a consciência emocional de si mesmo e do seu filho, a autorregulação na relação parental, a aceitação sem julgamento de si mesmo e da criança e a compaixão e autocompaixão; a versão portuguesa Self- Compassion Scale (SCS) que avalia a autocompaixão; a versão portuguesa The Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ) que foi usada para caracterizar os estilos parentais; a versão portuguesa da Parenting Stress Index–Short Form (PSI-SF), que é uma escala de autorrelato a nível do stress associado ao papel parental; a versão portuguesa da Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale (IM-P), que avalia a atenção plena dos pais; a versão portuguesa da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) que avalia a ansiedade e depressão dos pais; a versão portuguesa da Self-report version of the People in My Life questionnaire (PIML) que avalia as representações que as crianças e adolescentes têm dos pais, ou seja, de que forma os pais são percebidos como figuras de apego seguro; a versão Portuguesa do KIDSCREEN-10, que avalia o bem-estar e qualidade de vida das crianças e adolescentes; a escala de The Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM) que avalia as habilidades de atenção plena nas crianças e adolescentes, a versão portuguesa the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y) que permite avaliar a inflexibilidade psicológica e a versão portuguesa the Difficulties in Emotion Regulation Scale-Short Form (DERS-SF) que avalia a regulação emocional (GOUVEIA *et al.*, 2016; MEDEIROS *et al.*, 2016; MEDEIROS *et al.*, 2018; MOREIRA; CANAVARRO, 2018; MOREIRA; CANAVARRO, 2020).

Os artigos demonstram que para se estudar as problemáticas da parentalidade *mindful*, os investigadores utilizam a combinação destas escalas. De acordo com os estudos selecionados a combinação mais comum é a utilização da Mindful Attention and Awareness

Scale (MAAS), com a Self- Compassion Scale (SCS), com a Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale (IM-P) e com a Parenting Stress Index–Short Form (PSI-SF), pois permite medir os atributos que caracterizam o conceito em análise.

A utilização do conceito parentalidade *mindful* permite uma linguagem unificada que integra a prática de enfermagem, nomeadamente, em diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados de enfermagem no cuidado parental, que possam ser compreendidas no âmbito da parentalidade nos diferentes estádios de desenvolvimento da criança e adolescente. Na nossa perceção, depois de realizado este trabalho a parentalidade *mindful* é uma intervenção de enfermagem que pode ser aplicada no diagnóstico de enfermagem Desempenho do Papel Parental (NANDA) (HERDMAN *et al.*, 2021), remetendo para a Educação Parental (Educação Parental: lactente, Educação Parental: Criança e Família, Educação Parental: Adolescente) (NIC) (BUTCHER *et al.*, 2020); e alguns dos atributos do conceito podem ser integrados como indicadores do Desempenho do Papel Parental (NOC) (MOORHEAD *et al.*, 2020), podendo ser propostos novos indicadores para este resultado de enfermagem, tendo por base o conceito de parentalidade *mindful* que carecem de evidência científica, relacionados com o stress parental, o bem estar da criança e do adolescente, a comunicação eficaz pais-filhos, a capacidade de atenção plena no momento de interação com os filhos; a capacidade de observação e auto-observação; a consciência emocional; a presença de compaixão e autocompaixão; a prática da aceitação e não julgamento, a autorregulação emocional e a flexibilidade psicológica.

Esta análise de conceito utilizou a metodologia de revisão integrativa para identificar, seleccionar e incluir os artigos na análise de conceito. Contudo, ainda tem algumas limitações, nomeadamente, o número de bases de dados consultadas, o acesso ao texto integral e a língua (só foram incluídos estudos em língua portuguesa, espanhola e inglesa), e o facto de termos seleccionado um artigo de opinião, que tem um nível de evidência científica menor, mas por ter informação importante e pertinente para este estudo foi considerado para esta análise de conceito.

Implicações práticas e para futuras investigações

Esta análise de conceito permitiu clarificar o conceito de parentalidade *mindful* e identificar os atributos deste conceito. Além disso, permitiu identificar a diversidade de instrumentos que temos à disposição para estudar as diferentes dimensões que o conceito da parentalidade *mindful* engloba. Por outro lado, possibilitou a identificação dos fatores (antecedentes) que predispõem os pais/famílias para a prática de uma parentalidade *mindful* e as consequências que advém dessa prática.

Neste sentido, acreditamos que a promoção da parentalidade *mindful* como intervenção de enfermagem que promove práticas parentais baseadas nos atributos essenciais do conceito que têm resultados positivos associados, como sejam, o aumento do bem-estar das criança e adolescentes, a diminuição de problemas psicológicos nas crianças e adolescentes, como ansiedade e stress, problemas de internalização e externalização e a redução do stress parental, possa ser um contributo importante da profissão de enfermagem no contexto do apoio à família na vivência da parentalidade.

Para uma futura investigação, acreditamos que seria importante investigar também de que forma a promoção da parentalidade *mindful* pode trazer benefícios para as práticas parentais de famílias com crianças/adolescentes com uma situação patológica, ou com problemas de aprendizagem/comportamento, para avaliarmos os benefícios desta intervenção em diferentes contextos.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo tivemos a pretensão de contribuir para o conhecimento e clarificação do conceito parentalidade *mindful*, tentando em simultâneo compreender os fatores que predispoem as famílias a aderir a esta prática e os benefícios que a mesma traz para a díade criança/adolescente-família. Na leitura do artigo, fica evidente a importância de promover uma parentalidade *mindful*, pelos contributos que esta dá para a prática parental dos pais e para o desenvolvimento saudável da criança e adolescente.

No que diz respeito à sua utilização pelos profissionais de enfermagem, será de grande benefício pela relação de proximidade com a díade, pelo seu treino na compaixão pelo outro, no reconhecimento das situações, no detetar estratégias e capacidade de intervir precocemente como educadores que são através de programas com potencial benefício para todos. É uma área em desenvolvimento e como tal carece de mais estudos com rigor científico.

■ REFERÊNCIAS

1. BARNES, Jacqueline *et al.* **The Family-Nurse Partnership Programme in England: Wave 1 implementation in toddlerhood & a comparison between Waves 1 and 2a of implementation in pregnancy and infancy.** London: Dept of Health, 2011. Disponível em: <http://www.iscfsi.bbk.ac.uk/projects/files/Issues%20arising%20from%20FNP%20-Evaluation-July-2012.pdf>. Acesso em: 18 set 2021.
2. BÖGELS, Susan; RESTIFO, Kathleen. **Mindful parenting: a guide for mental health practitioners.** New York: Springer Science & Business Media, 2014.
3. BUTCHER, Howard *et al.* **NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem.** 7ª Edição. Brasil: GEN Guanabara Koogan, 2020.

4. COATSWORTH, J Douglas *et al.* Changes in Mindful Parenting: Associations With Changes in Parenting, Parent-Youth Relationship Quality, and Youth Behavior, **Journal of Society of Social Work Research**, v. 9, n.4, p. 511-529, 2018.
5. COATSWORTH, J Douglas *et al.* Changing parent's mindfulness, child management skills and relationship quality with their youth: Results from a randomized pilot intervention trial, **Journal of child and family studies**, v. 19, n. 2, p.203-217, 2010.
6. COSTA CARBOGIM, Fábio; OLIVEIRA, Larissa Bertachinni; ARAÚJO PÜSCHEL, Vilanice Alves. Pensamento crítico: análise do conceito sob a ótica evolucionista de Rodgers, **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p.1-2, 2016.
7. DINMOHAMMADI, Mohammadreza; PEYROVI, Hamid; MEHRDAD, Neda. Concept analysis of professional socialization in nursing, **Nursing forum**, v. 48, n. 1, p. 26-34, 2013.
8. DUNCAN, Larissa G *et al.* Can mindful parenting be observed? Relations between observational rating of mother-youth interactions and mother's self-report of mindful parenting, **Journal of Family Psychology**, v. 29, n. 2, p. 276, 2015.
9. DUNCAN, Larissa G; COATSWORTH, J. Douglas; GREENBERG, Mark T. A model of mindful parenting: Implications for parent-child relationships and prevention research, **Clinical child and family psychology review**, v.12, n.3, p. 255-270, 2009.
10. ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara; ALCOFORADO, Carla Lúcia. Revisão integrativa versus revisão sistemática, **Revista Mineira de Enfermagem**, v.18, n.1, p. 9-12, 2014.
11. GEURTZEN, Naline *et al.* Association between mindful parenting and adolescents' internalizing problems: Non-judgmental acceptance of parenting as core element, **Journal of Child and Family Studies**, v. 24, n. 4, p.1117-1128, 2014.
12. GOUVEIA, Maria João *et al.* Self-compassion and dispositional mindfulness are associated with parenting styles and parenting stress: The mediating role of mindful parenting, **Mindfulness**, v. 7, n. 3, p. 700-712, 2016.
13. HERDMAN, Heather; KAMITSURU, Shigemi; LOPES, Camila Takáo. **NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2021-2023**. 12^a Edition. New York: Thieme Medical Publishers, 2021.
14. KABAT-ZINN, Jon; KABAT-ZINN, Myla. Mindful Parenting: Perspectives on the Heart of the Matter, **Mindfulness**, v. 12, p. 266-268, 2021.
15. KABAT-ZINN, Myla; KABAT-ZINN, Jon. **Everyday Blessings: The Inner Work of Mindful Parenting**. New York: Hyperion, 1997.
16. KERNS, Kathryn *et al.* Assessing both safe haven and secure base support in parent-child relationships, **Attachment & Human Development**, v. 17, p. 337-353, 2015.
17. KIL, Hali; ANTONACCI, Rebecca. Mindful Parenting Programs in Non-clinical Contexts: A Qualitative Review of Child Outcomes and Programs, and Recommendations for Future Research, **Journal of Child Family Studies**, v. 29, p. 1887-1898, 2020.
18. LIPPOLD, Melissa *et al.* Mindful Parenting, Parenting Cognitions, and Parent-Youth Communication: Bidirectional Linkages and Mediational Processes, **Mindfulness**, v. 12, p. 381-391, 2021. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01119-5>.

19. MEDEIROS, Catarina *et al.* The indirect effect of the mindful parenting of mothers and fathers on the child's perceived well-being through the child's attachment to parents, **Mindfulness**, v. 7, n. 4, p. 916-927, 2016.
20. MOORHEAD, Sue *et al.* **NOC – Classificação dos Resultados de Enfermagem**. 6ª Edição. Brasil: GEN Guanabara Koogan, 2020.
21. MOREIRA, Helena, CANAVARRO, Maria Cristina. Mindful Parenting is Associated with Adolescents' Difficulties in Emotion Regulation Through Adolescents' Psychological Inflexibility and Self-Compassion, **Journal of Youth and Adolescence**. v. 49, n.1, p.192-21, 2020.
22. MOREIRA, Helena; CANAVARRO, Maria Cristina. Does the association between mindful parenting and adolescents' dispositional mindfulness depend on the levels of anxiety and depression symptomatology in mothers?, **Journal of Adolescence**, v. 68, p. 22–31, 2018.
23. MOREIRA, Helena; GOUVEIA, Maria João; CANAVARRO, Maria Cristina. Is Mindful Parenting Associated with Adolescents' Well-being in Early and Middle/Late Adolescence? The Mediating Role of Adolescents' Attachment Representations, Self-Compassion and Mindfulness, **Journal of Youth and Adolescence**, v. 47, n. 8, p.1771-1788, Aug 2018.
24. O'CONNOR, Erin E *et al.* Early mother–child attachment and behaviour problems in middle childhood: the role of the subsequent caregiving environment, **Attachment & Human Development**, v. 6, p. 590–612, 2014.
25. PINTO, Alexandra *et al.* Direct and indirect relations between parent–child attachments, peer acceptance, and self-esteem for preschool children, **Attachment & Human Development**, v. 17, p. 586–598, 2015.
26. RETICENA, Kesley de Oliveira *et al.* Atuação da enfermagem para o desenvolvimento da parentalidade na primeira infância: revisão sistemática de escopo, **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, p. e3213, 2019.
27. SCHMIDT, Beatriz; PONTELLO STAUDT, Ana; WAGNER, Adriana. Intervenções para promoção de práticas parentais positivas: uma revisão integrativa, **Contextos Clínicos**, v. 9, n.1, p.2-18, 2016.
28. SHOREY, Shefaly; NG, Esperanza Debby. (2021). The efficacy of mindful parenting interventions: A systematic review and meta-analysis, **International Journal of Nursing Studies**, v. 121, p. 103996, 2021.
29. SILVA TALMELLI, Luana Flavia; GRATÃO, Aline Cristina; RODRIGUES, Rosalina Aparecida. Modelo híbrido para desenvolvimento de conceito em enfermagem utilizando revisão integrativa e análise de conteúdo, **Health & Social Change**, v.7, n.1, p.009-15, jun 2016.
30. SOUSA, Luís Manuel Mota *et al.* Análise de conceito: conceitos, métodos e aplicações em enfermagem, **Revista Investigação Enfermagem**, série II, v.25, p. 9-19, 2018a.
31. SOUSA, Luís Manuel Mota *et al.* Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência, **Revista Investigação Enfermagem**, série II, v.23, p.31-39, 2018b.
32. SOUSA, Luís Manuel Mota *et al.* Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem, **Revista Investigação Enfermagem**, série II, v.21, p.17-26, 2017.
33. SROUFE, L Alan. Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood, **Attachment & Human Development**, v. 7, p.349–367, 2005.

Avaliação dos indicadores acolhimento e classificação de risco em emergência obstétrica

| **Maria das Neves Figueiroa**
UPE

| **Nathalia de Oliveira Gonzaga Mendes**
UPE

| **Maria Lúcia Neto de Menezes**
UPE

| **Priscila Vanessa Tavares da Silva**
UPE

| **Estela Maria Leite Meirelles Monteiro**
UFPE

| **Raquel Rufino Silva**
UPE

| **Jael Maria de Aquino**
UPE

| **Renata Carneiro da Silva**
AESA

RESUMO

Objetivo: avaliar os indicadores acolhimento e classificação de risco em uma emergência obstétrica. **Método:** estudo observacional, analítico com delineamento quantitativo, desenvolvido em uma maternidade escola, situada em Recife - PE, no período de abril a maio de 2015. Amostra foi composta por 377 usuárias e 6 enfermeiros. Para o registro dos indicadores foi utilizado o instrumento de indicadores do protocolo de A&CR da Rede Cegonha. **Resultados:** O tempo de espera relacionados ao cadastro até o início da classificação correspondeu a uma média de 21,2 minutos; à duração média de classificação correspondeu a 5 minutos; o tempo de espera segundo prioridade vermelha foi de 3,5; laranja 12,5; amarela 17,5; verde 45,3 e azul 50,8. A demanda de atendimento evidenciou que 56% das usuárias foram classificadas como verde e 60% das usuárias afirmaram satisfação com o atendimento. Dos enfermeiros, 33% informaram terem sido capacitados. **Conclusões:** o serviço de emergência obstétrica necessita de reavaliações para reconhecer fragilidades e promover estratégias de enfrentamento.

Palavras-chave: Saúde da Mulher, Acesso Universal a Serviços de Saúde, Acolhimento, Medição de Risco, Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde.

■ INTRODUÇÃO

A humanização pode ser compreendida como a valorização e a inclusão dos diferentes sujeitos no processo de atendimento no ambiente hospitalar: usuários, funcionários, prestadores de serviços, cooperativados e gestores (BRASIL, 2014a). No Brasil, com a formulação e instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, as discussões sobre a humanização no atendimento são direcionadas à consolidação dos princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade no atendimento ao usuário (CAVALCANTE, 2012).

A partir das discussões, o Ministério da Saúde (MS) partiu da premissa que é direito de todo cidadão receber atendimento público de qualidade na área da saúde. Objetivando a melhoria da assistência prestada no SUS foi lançado pelo MS, em 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH), com vistas a acolher os usuários e priorizar os casos de maior gravidade. É a partir do HumanizaSUS que foi instituído a diretriz Acolhimento com Classificação de Risco (BRASIL, 2014b).

Em 2011, o MS do Brasil instituiu a Rede Cegonha (RC), com objetivo de proporcionar melhor atenção e qualidade de saúde para mulheres e crianças. A RC incentiva a inovação e a alta qualidade na atenção pré-natal, assistência ao parto e ao pós-parto, bem como as ações em torno do desenvolvimento da criança durante os primeiros dois anos de vida. Assim sendo, o Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR) são garantias da RC, sendo, igualmente, uma de suas diretrizes (BRASIL, 2017). O A&CR, assim, conduz à tomada de decisões do profissional de saúde a partir de uma escuta ativa das queixas do paciente, associada ao julgamento clínico pautado em protocolo, fundamentado em evidências científicas (BRASIL, 2017).

No contexto de pandemia da COVID-19 a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou as gestantes como grupo de risco. Os sintomas apresentados são leves, na maioria dos infectados, caracterizado por febre e tosse seca, porém, em mulheres na segunda metade da gestação, podem aparecer com menor intensidade fadiga, dispneia, diarreia, congestão nasal e coriza. Algumas mulheres podem apresentar ainda complicações mais graves, como a síndrome respiratória aguda grave (SARS) demandando a necessidade de prontidão dos serviços de emergência (ZAIGHAM; ANDERSSON, 2020). Em obstetrícia, o acolhimento possui algumas especificidades próprias às necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico, como a investigação de queixas comuns no período gestacional, dentre elas: cefaleia, náuseas, vômitos, visão turva e entre outras que podem camuflar situações clínicas que demandam ação rápida e que exige preparo das equipes para uma escuta qualificada e ganho de habilidade para julgamento clínico criterioso (BRASIL, 2017; PERAÇOLI *et al.*, 2019).

Ressalta-se, ainda, que o protocolo de A&CR é uma ferramenta de apoio à decisão clínica e uma forma de linguagem universal para as urgências obstétricas. Tem como propósito a pronta identificação da paciente crítica ou mais grave, permitindo um atendimento rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, com base nas evidências científicas existentes (BRASIL, 2017). A implantação do Protocolo de A&CR requer processos de acompanhamento avaliativo para que ocorram as adequações no seu funcionamento, bem como ajustes necessários para a sua efetiva operacionalização. Contudo, estudos empíricos sobre o acolhimento e a classificação de risco em obstetrícia ainda se mostram incipientes, bem como o monitoramento ou avaliação dos fluxos de atendimento.

Por fim, o interesse por avaliar a qualidade de funcionamento de um serviço de acolhimento e classificação de risco, considerando os indicadores de monitoramento e avaliação do MS, norteou o presente estudo que teve como objetivo final avaliar os indicadores acolhimento e classificação de risco em uma emergência obstétrica.

■ MÉTODO

Este é um estudo observacional, analítico e com delineamento quantitativo (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 2017). A coleta de dados foi desenvolvida no período de abril a julho de 2015, na maternidade escola Centro de Saúde Amaury de Medeiros-CISAM-UPE situada em Recife, Pernambuco. A maternidade atua como uma unidade integrante de um complexo hospitalar referência no estado na assistência de média e alta complexidade, situada no Distrito Sanitário II da cidade do Recife.

O estudo foi realizado a partir da observação, com registro dos indicadores acolhimento e classificação de risco em formulário embasado no Protocolo A&CR, implantado na unidade em novembro de 2013, após reabertura do serviço. A população do estudo foi caracterizada pelas usuárias do serviço de triagem e os Enfermeiros que atuam no referido serviço. A amostra foi do tipo não probabilística e para efeito do cálculo amostral do “n” de usuárias que deveriam integrar a amostra foi utilizada a Calculadora Estatística *Sample Size Calculator by Raosoft*. Foi adotada a estimativa de prevalência de 50%, intervalo de confiança de 95% e margem de erro de cinco pontos percentuais (PEREIRA, 2008). O cálculo foi realizado considerando o número total de pacientes atendidas no ano de 2014, totalizando, assim, 377 usuárias. Em relação aos enfermeiros, foram incluídos todos do plantão fixo diurno, resultando em 6 profissionais.

Os critérios de inclusão da amostra de usuárias foram: mulheres que buscaram ou foram encaminhadas à triagem obstétrica do serviço de urgência da maternidade e aquelas que aceitaram participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas aquelas cujas condições clínicas demandaram um

atendimento emergencial, que fugia da rotina do A&CR ou que não tinham condições de responder aos questionamentos; bem como as menores de 18 anos cujos responsáveis não estavam presentes para assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). Quanto aos enfermeiros, foram excluídos aqueles que não faziam parte do quadro funcional permanente do serviço, os residentes e os que estavam afastados do serviço por férias e/ou licença.

O construto conceitual que embasou a seleção de variáveis de análise do funcionamento do A&CR foi o Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco do Programa Rede Cegonha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017). Os quatro indicadores analisados foram: 1. Tempo médio de espera do cadastro até início da Classificação de Risco; 2. Tempo médio da Classificação de Risco; 3. Tempo médio de espera do final da Classificação de Risco ao atendimento médico ou da enfermeira obstetra por prioridade clínica; 4. Percentual de classificações segundo prioridade clínica, sendo acrescidos com 5. Satisfação da usuária do serviço; 6. Treinamento em serviço.

A coleta de dados foi realizada em três momentos utilizando um instrumento elaborado pelas autoras e que se apresentou como um formulário para o registro das observações relacionadas ao tempo de espera – desde a chegada até o atendimento médico; entrevista das mulheres atendidas para avaliar satisfação e levantamento da situação de treinamento em serviço pelos profissionais envolvidos na aplicação do Protocolo de A&CR.

Para apresentação e análise dos dados foram utilizadas as planilhas eletrônicas do programa Microsoft Excel do Windows 7 e *GraphpadPrism 4*. Os dados foram apresentados sob a forma de gráficos e tabelas, logo após analisados à luz da literatura pertinente ao tema. Ressalta-se, ainda, que a pesquisa foi desenvolvida seguindo as normatizações contidas na Resolução 466 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), referente aos aspectos éticos recomendados quando da realização de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, registrado sob CAAE: 42106615.2.0000.5207.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo foi realizado com 377 mulheres, dentre elas 317 (84%) buscaram assistência obstétrica e 60 (16%) atendimento ginecológico. Das usuárias obstétricas, 204 (64,4%) estavam no 3º trimestre de gestação, 54 (17%) no 2º trimestre, 42 (13,2%) no 1º trimestre, 10 (3,2%) no puerpério, 7 (2,2%) estavam em condição clínica de abortamento ou tinham fetos mortos. Entre as ginecológicas, 23 (38,3%) referiam sangramento, 6 (10%) apresentavam amenorreia a esclarecer e 31 (51,7%) relatavam outros problemas de saúde.

Os resultados mostraram que ao procurar o serviço, 281 (74,5%) deram entrada espontaneamente, 51 (13,5%) vieram encaminhadas com senha da central de regulação de leitos, provenientes de diferentes serviços, 17 (4,5%) foram encaminhadas de ambulatório especializado e 28 (7,4%) demandaram da atenção básica. Os resultados evidenciam, ainda, que ao procurar o serviço, as usuárias deram entrada de forma espontânea 281 (74,5%), outras 51 (13,5%) tiveram seu acesso através da central de leitos, provenientes de diferentes serviços, 17 (4,5%) foram encaminhadas de ambulatório especializado e 28 (7,4%) demandaram da atenção básica.

Ao analisar os indicadores de qualidade de funcionamento do serviço de A&CR, identificamos que o tempo de espera para as usuárias estava relacionado ao cadastro até o início da classificação. Além disso, o tempo médio para atendimento às usuárias desde o cadastramento até o início da classificação levou cerca de 21,2 minutos; em relação da duração média da classificação, encontramos um valor de 5 minutos. Ao avaliarmos o tempo decorrido entre a classificação e o atendimento médico de acordo com as prioridades clínicas, identificamos que a prioridade clínica vermelha teve tempo médio de espera de 3,5 minutos, a prioridade clínica laranja teve tempo médio de espera 12,5 minutos, já a amarela teve uma média de 17,5 minutos, a verde o tempo foi de 45,3 minutos e por último a azul foi de 50,8 minutos. Essas informações estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Avaliação dos indicadores propostos pelo Ministério da Saúde no CISAM, Recife, Pernambuco, 2015.

Indicadores	N	VR	TM	DPM	CV
Indicador 1					
Espera do cadastro até o início da classificação	377	<10	21,2	9,1	42%
Indicador 2					
Duração da Classificação de Risco	377	<5	5	2,3	48%
Indicador 3					
Espera pelo atend. médico segundo Prioridade Vermelha	4	Zero	3,5	2,4	106%
Espera pelo atend. médico segundo Prioridade Laranja	11	≤15	12,5	7,9	63%
Espera pelo atend. médico segundo Prioridade Amarela	93	≤30	17,5	11,5	71%
Espera pelo atend. médico segundo Prioridade Verde	218	≤120	45,3	38,9	89%
Espera pelo atend. médico segundo Prioridade Azul	51	≤240	50,8	42,5	93%
Indicador 4					
Demanda/Porta: Prioridade Vermelha	4 (1%)				
Demanda/Porta: Prioridade Laranja	11 (4%)				
Demanda/Porta: Prioridade Amarela	93 (26%)				
Demanda/Porta: Prioridade Verde	218(56%)				
Demanda/Porta: Prioridade Azul	51 (13%)				

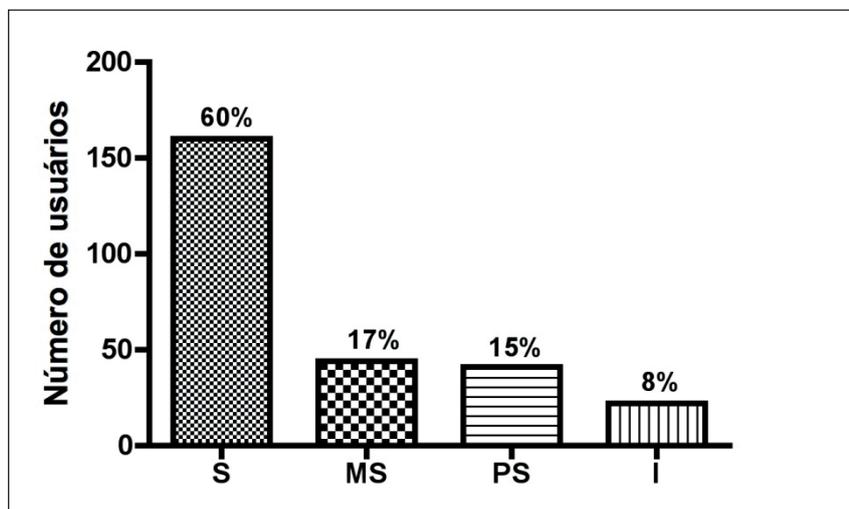
Legenda: VR (Valor Referência do MS), BRASIL, 2014; TM (Tempo Médio), DPM (Desvio Padrão Médio), CV (Coeficiente de Variância).

Fonte: os autores, 2021.

O quarto indicador que corresponde a avaliação da prevalência do tipo de classificação por prioridade clínica, mostra que 1% das classificações foram vermelhas, 4% laranjas, 26%

amarelas, 56% verdes e 13% azuis. Quanto ao grau de satisfação das usuárias, 22 (8%) relataram insatisfeitas, 41 (15%) pouco satisfeitas, 160 (60%) satisfeitas e 44 (17%) muito satisfeita, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1. Grau de Satisfação das usuárias atendidas no CISAM, Recife, Pernambuco, 2015.

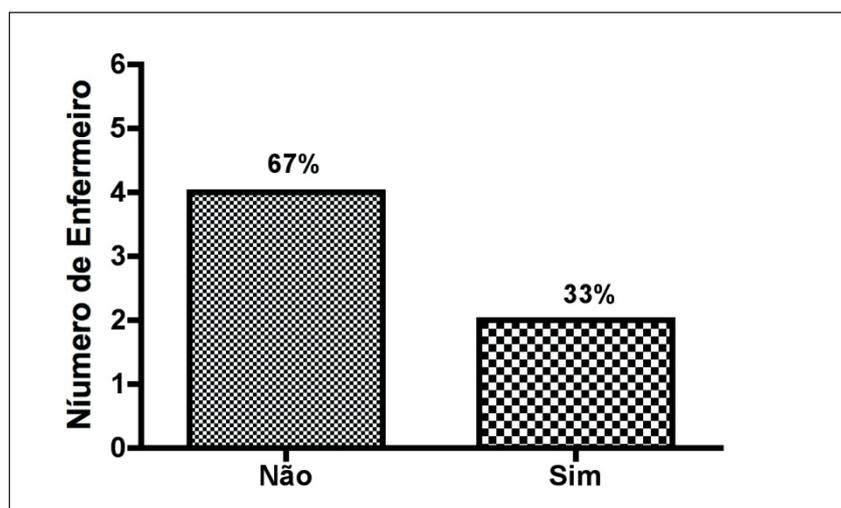


Legenda: S (Satisfeita), MS (Muito Satisfeita), PS (Pouco Satisfeita), I (Insatisfeita).

Fonte: os autores, 2021.

Conforme a investigado sobre capacitação e treinamento em serviço, relacionado a implantação e funcionamento do Protocolo de A&CR, foi evidenciado que 2 enfermeiras (33%) receberam treinamento, um sendo disponibilizado pela equipe de educação permanente da própria instituição e outro disponibilizado por outro serviço, sendo que 4 Enfermeiros não receberam treinamento em serviço, correspondendo a 67%, conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2. Investigação de treinamento em serviço para enfermeiros da urgência do CISAM, Recife, Pernambuco, 2015.



Fonte: os autores, 2021.

De acordo com os resultados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, em 2016.

o Brasil possuía uma população de 206.081.432 habitantes. A Região Nordeste concentra 28% desse contingente populacional e Pernambuco foi considerado um dos estados mais populosos com 9.410.336 habitantes. A cidade do Recife possui uma população estimada de 1.625.583 habitantes, sendo composta por 32% de mulheres nas faixas etárias de 10-49 anos (idade fértil), 13% de mulheres com idades superiores a 50 anos e 6% mulheres com idade inferior a 10 anos (idade não fértil) (IBGE, 2011). Foi identificado, dessa forma, a prevalência de mulheres em idade fértil no estado, concorrendo para a elevada demanda de atendimento obstétrico. Os motivos que desencadearam a necessidade das mulheres recorrerem ao serviço de urgência se situam em um maior número de ocorrências classificadas como obstétricas em relação as ginecológicas. Estudo realizados por Silva e Nogueira (2012), mostraram que os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), referentes ao total de ocorrências atendidas, identificou que 10,66%, foram ocorrências na gravidez, parto e puerpério, corroborando com os dados desse estudo, evidenciando que durante a idade fértil é a gravidez e suas complicações que motivam uma maior busca por serviços de urgência.

Em um estudo trienal, realizado entre 2014 e 2016, no Triângulo Mineiro, sobre o perfil das ocorrências obstétricas atendidas pelo SAMU, foi constatado 403 chamados relacionados às causas obstétricas no período, com média de $13,4 \pm 8,6$ chamadas mensais, correspondendo a 0,40% dos atendimentos do SAMU. Ter realizado acompanhamento pré-natal foi informado por quase a totalidade das gestantes atendidas (281 – 93,4%), enquanto 20 (6,6%) relataram não ter realizado nenhuma consulta pré-natal (SILVA *et al.*, 2018). Ademais, a maioria dos atendimentos vieram da demanda espontânea, a qual pode ser entendida como o comparecimento inesperado do usuário ao serviço, seja por problemas agudos ou por motivos que o próprio paciente julgue como necessidade de saúde (BRASIL, 2014a).

Tal ocorrência decorre da falta de definições políticas, da baixa resolutividade oferecida nos serviços, aliada à dificuldade de mudança nos hábitos culturais e crenças da população, visto que os achados demonstraram que parte das usuárias buscam assistência médica nos serviços de emergência por apresentar uma possibilidade de ser atendido de forma mais rápida, com acesso a consultas, assistência de enfermagem, medicações, exames laboratoriais ou buscar internações. Quando a maioria dessas demandas deveriam encontrar resolutividade na atenção primária de saúde. pela equipe de saúde da família das unidades básica. Dentre as mulheres que deram entrada no serviço apenas 4% apresentaram encaminhamento oficial, no entanto muitas das que deram entrada de forma espontânea referiram ter sido orientadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) a procurar o serviço de urgência, somando este resultado ao de demanda espontânea, temos 82% do total das entradas, ocasionando superlotação do serviço de emergência (BRILHANTE *et al.*, 2017).

Estudo realizado em um serviço de emergência em Santa Catarina, identificou que é comum o grande fluxo de usuários à procura de atendimento decorrente da falta de referência e contra referência, o que dificulta a qualidade no atendimento. Além disso, a implantação dos serviços de A&CR deveria dar o destino correto a essa clientela, todavia a população cada vez mais numerosa e com poucos recursos disponíveis na atenção básica acaba encontrando no serviço de emergência o único lugar possível para atender as suas demandas (NASCIMENTO *et al.*, 2011).

Apresentando-se como agravante, o Conselho Federal de Medicina (2012) apontou que houve uma redução de leitos nacionalmente. Uma investigação realizada desde 2010, mostra uma queda acentuada de quase 42 mil leitos no SUS. No estado de Pernambuco essa redução correspondeu a 5,5% um total de 1.073, e dentre as especialidades mais atingidas com o corte, destaca-se a obstetrícia que aparece na terceira posição, com uma redução nacional de 5.862 leitos. Assunção, Soares, Serrano (2014), relatam em seus estudos que a redução na oferta de leitos, a carência de profissionais e materiais, associada a uma maior demanda das usuárias, intensifica situações como a peregrinação das parturientes pelas maternidades; internações de gestantes de alto risco em macas, cadeira ou no chão e a realização de transferências de gestação de alto risco pela ausência de material ou profissional para realizá-lo.

As ocorrências que mais se destacaram nos serviços são as de transferências de pacientes com senhas da central de regulação de leitos do estado. Essas senhas são disponibilizadas pela central que oferecem acesso dos usuários do SUS a um serviço de referência, conforme a patologia informada pelo médico assistente, que caberá ao médico regulador formular perguntas objetivas e esclarecedoras para que se evitem erros, com consequentes encaminhamentos indevidos (PERNAMBUCO, 2014). A demanda com senha associada à pactuações entre os serviços de atenção básica ou ambulatoriais especializados, configura possibilidades para organização da demanda, evitando peregrinação, superlotação e filas.

Há que se considerar igualmente que, mesmo diante da possibilidade de ocorrerem transtornos ocasionados pelo excesso de demanda, muitas mulheres persistem na opção pelo serviço obstétrico de emergência de maternidades públicas por se sentirem melhor acolhidas e por acreditarem que vão encontrar profissionais competentes devido a experiências pessoais bem-sucedidas, almejando acesso a assistência adequada para sua saúde e de seu filho.

Os quatro indicadores propostos pelo Protocolo do MS avaliam e monitoram o serviço de A&CR. O objetivo é dar subsídio ao processo de avaliação do acesso das mulheres ao setor de urgência; garantir, pactuar e monitorar os fluxos de encaminhamentos; monitorar a

resolutividade do serviço no hospital, além de organizar o setor para prestar uma assistência segura e humanizada (BRASIL, 2014b).

O tempo de espera do cadastro até o início da classificação foi um dos primeiros indicadores a serem analisados, evidenciando assim, um tempo muito acima do preconizado de 10 minutos, de modo a comprometer a agilidade e presteza na detecção segura dos atendimentos considerados de maior gravidade e que requerem prioridade de assistência. Matos, Queiroz e Lima (2009) referem que o elevado tempo que as pacientes passam na fila de espera, aumenta a possibilidade de alterar o quadro de baixo risco ou agravar o alto risco. Acredita-se que a espera seja devido à alta demanda no serviço, problema que também pode estar relacionado ao fato de haver pequeno quantitativo de hospitais no estado que funcionam como referência alto risco, categorizando a crise de leitos obstétricos em Pernambuco.

O segundo indicador analisado foi a duração da classificação de risco (CR), este tempo revelou-se discretamente fora da meta. O referido indicador deveria ser abaixo de 5 minutos, sugerindo a necessidade de maior agilidade para o profissional que o classifica. Visto que o protocolo utilizado é uma ferramenta com a finalidade de direcionar a avaliação da gravidade e do risco de agravamento, a classificação deve ser rápida e dinâmica, possibilitando atendimento hábil para casos mais graves, e quando o tempo de espera ultrapasse o tempo preconizado, devem ser feitas reavaliações do risco das pacientes em espera. Ao analisarmos o terceiro indicador, tempo de atendimento médico segundo prioridade clínica, este se mostrou adequado às metas do protocolo de CR (BRASIL, 2017).

Analisamos o quarto indicador e identificamos que a classificação quanto as prioridades clínicas vermelho, laranja e amarelo, que são respectivamente, emergência, muito urgente e urgente, totalizaram apenas 31% e as classificações verde e azul, que são respectivamente, pouco urgente e não urgente, totalizaram 69%, ou seja, muitos encaminhamentos não tinham o perfil do serviço, considerando que o serviço é de referência para médio e alto risco. Este resultado é compatível com os achados encontrados no município de Ribeirão Preto, interior de São Paulo, em 2011, que assinala a utilização de serviços de maior densidade tecnológica por pacientes com queixas compatíveis com a atenção primária.

A superlotação dos serviços de urgência/emergência se deve a supervalorização do modelo hospitalocêntrico, sendo este um fator contribuinte para a restrição de horário de funcionamento das UBS, dificuldade em encontrar agenda disponível na UBS; maior disponibilidade de recursos no Pronto Atendimento do que na UBS; ter reclamações do atendimento prestado na sua UBS ou considerar que poderia precisar de um atendimento de urgência são algumas das razões que justificam as escolhas dos pacientes no SUS apresentadas no estudo citado por Caccia-Bava *et al* (2011).

Uma pesquisa realizada sobre a satisfação dos usuários evidenciou que 65,7% dos pacientes se sentem satisfeitos com relação ao tempo de espera entre a chegada e o término de atendimento, corroborando com a realidade encontrada na maternidade estudada, revelando uma avaliação positiva por parte das usuárias de 77% (PEREIRA, 2013).

O registro da satisfação das pacientes que buscam o serviço de urgência/emergência do CISAM revela a leitura que essas usuárias fazem do serviço. Rosa, Pelegrini e Lima (2011) referem em seus estudos que abordar a satisfação do usuário é importante, visto que revelam a visão dos usuários sobre resolutividade da assistência e parecem contribuir para a organização e aperfeiçoamento dos serviços de saúde. Aparentemente esse resultado revela-se positivo, contudo, há que se considerar que as mulheres podem não constituir um padrão excelente para avaliação da assistência. É importante que as mulheres estejam satisfeitas e isso não pode ser desconsiderado, no entanto, seus parâmetros de análise de satisfação podem estar submersos em experiências de vida onde há pouco conhecimento sobre controle social, participação no SUS, direitos e cidadania.

O enfermeiro é o profissional indicado pelo MS para realizar a CR, realidade encontrada no serviço. Dos profissionais que realizam a classificação, 33% possuíam treinamento em serviço, valor não satisfatório, uma vez que, Santana, *et al* (2012) refere que o processo de enfermagem e a educação continuada são primordiais para a qualidade da assistência ao paciente, seus familiares e segurança da equipe. Na maternidade a implantação do protocolo de A&CR é considerada recente, o que demanda treinamento pela mudança no funcionamento do serviço. Nesse sentido, o treinamento técnico é fundamental para adequar a CR, fazendo com que o enfermeiro siga o fluxograma do MS, podendo avaliar as condições clínicas das pacientes, o nível de consciência, a ventilação e circulação, a dor, os sinais vitais, os sintomas e considerando os fatores de risco, possibilitando atendimento por prioridade clínica (BRASIL, 2017).

■ CONCLUSÃO

A implantação do protocolo na instituição aconteceu de forma efetiva, mas durante a execução houve relatos de dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros, tais como a falta de material informativo, banner e pulseiras para identificação da gravidade das pacientes. Esses dispositivos são capazes de promover orientação, prevenir questionamentos e conflitos entre as pacientes. O grande desafio se localiza na redução da demanda espontânea, e este somente será possível quando houver pactuações com os serviços de atenção básica ou serviços especializados, algo que auxiliaria na organização do processo de trabalho e na melhoria do atendimento.

Com relação à satisfação, a maioria das usuárias se sentem satisfeitas quanto ao tempo de espera da chegada a recepção até o atendimento médico. O serviço de urgência da maternidade aplica o protocolo de acolhimento e classificação de risco, sendo evidenciado a importância de haver educação permanente para uma atuação segura dos profissionais enfermeiros. A capacitação dos enfermeiros visa assegurar um menor tempo de espera para a classificação e definição do fluxograma dos atendimentos, considerando a gravidade e peculiaridades próprias do atendimento gravídico. A prontidão no atendimento com acolhimento, requer preparo do profissional para uma escuta qualificada e ganho de habilidades para julgamento clínico criterioso.

O estudo revelou, ainda, que o funcionamento do serviço de emergência obstétrica e ginecológica da maternidade escola requer reavaliações constantes, com monitoramento de periodicidade mensal, onde os resultados deverão ser discutidos com a gestão e trabalhadores para reconhecer e criar estratégias de enfrentamento para as fragilidades, subsidiando um compromisso institucional em contribuir para atendimento aos protocolos que regulam o processo de acolhimento e classificação de risco em serviços de emergência como estratégia essencial para práticas assistenciais humanizadas e resolutivas.

■ REFERÊNCIAS

1. ASSUNÇÃO, M. F.; SOARES, R. C.; SERRANO, I. A superlotação das Maternidades em Pernambuco no contexto atual da política. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 16, n. 2, p. 5-35, 2014. Disponível em: <https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/14401/15183>. Acesso em: 25 out. 2021.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília, 2017.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília, 2014a.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Ceará. **HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento**. Cadernos de Ciências & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3569-78, 2014b. Supl. 3. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 25 out. 2021.
5. BRILHANTE, A. F, et al. Implementação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em uma emergência obstétrica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 17, n. 4, p.569-575, 8 set. 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/4966/3664>. Acesso em: 15 mar. 2017.
6. CACCIA-BAVA, M. C. G, et al. Pronto-atendimento ou atenção básica: escolhas dos pacientes no SUS. **Rev. Medicina, Ribeirão Preto**, São Paulo, v. 44, n. 4, p., 347-54, out./dez. 2011.

7. CAVALCANTE, R. B, et al. Acolhimento com classificação de risco: proposta de humanização nos serviços de urgência. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, São João Del Rei, v. 2, n. 3, p. 428-37, set./dez. 2012. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/288/356>. Acesso em: 15 mar. 2017.
8. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Crise na Assistência: falta de financiamento no número de leitos e prejudica trabalho médico**. [S. l.], 2012. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23234:crise-na-assistencia-falta-de-financiamento-impacta-no-numero-de-leitos-e-prejudica-trabalho-medico&catid=3. Acesso em: 15 mar. 2017.
9. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Cidades**. Rio de Janeiro, [S. l.]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/2611606#saude>. Acesso em: 15 mar. 2017.
10. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2016**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2016/estimativa_2016_TCU.pdf. Acesso em: 15 mar. 2017.
11. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e gestão. **Indicadores Sociais Municipais: Uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv54598.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2015.
12. MATOS, D. P. M.; QUEIROZ, A. P. O.; LIMA, F. E. T. Dificuldades e benefícios do acolhimento com classificação de risco nos hospitais municipais de Fortaleza. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 28., 2009, Fortaleza. **28º Encontro...** Fortaleza: [s.n.]; 2009. p.21-23.
13. NASCIMENTO, E. R. P, et al. **Classificação de Risco na Emergência: Avaliação da Equipe de Enfermagem**. **Rev. enferm. UERJ**. v. 19, n. 1, p. 84-8, 2011.
14. PERAÇOLI, J. C., BORGES, V. T. M., RAMOS, J. G. L, et al Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. V.41 n. 05, 2019. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1687859>.
15. PEREIRA, A. V. L. **Avaliação da satisfação dos usuários do setor de internamento de um hospital público em Campina Grande – PB**. 2013. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.
16. PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
17. PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde Diretoria Geral De Fluxos Assistenciais. **Central de Regulação de Leitos Manual Operacional**. Recife; 2014.
18. ROSA R.B; PELEGRINI A.H.W; LIMA M.A.D.S. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da estratégia saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2011 jun;32 (2):345-51.
19. ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, F. N. **Introdução à Epidemiologia**. 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2017.

20. SANTANA, J. C. B.; FORTES, N. M.; MONTEIRO, C. L. A. et al. Assistência de enfermagem em um serviço de terapia renal substitutiva: implicações no processo do cuidar. **Revista de enfermagem**, Minas Gerais, v. 15, n. 2, 2012. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/4082>. Acesso em: 22 out. 2021.
21. SILVA, C. S.; NOGUEIRA, L. T. Avaliação de Indicadores Operacionais de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 17, n. 3, p. 471-7, 2012.
22. SILVA, J. G. et al. Ocorrências obstétricas atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, Recife, v.12, n.12, p.3158-64, 2018.
23. ZAIGHAM, M.; ANDERSSON, O. Maternal and Perinatal Outcomes with Covid-19: a systematic review of 108 pregnancies. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, Stockolmo, v. 99, n. 7, p. 823-9, 7 abr. 2020. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.13867>. Acesso em: 25 out. 2021.

Perinatal asphyxia: factors associated with noncompliance in the specialized outpatient treatment

| **Záira Moura da Paixão Freitas**
UFS

| **Carlos Umberto Pereira**
UFS

| **Débora Moura da Paixão Oliveira**
UFS

| **Clarissa Melo Menezes**
UFS

| **Edênya Santos da Silva Felix**
UFS

| **Ana Cristina dos Santos**
UFS

ABSTRACT

Perinatal asphyxia is a leading cause of preventable brain injury. Between four and nine million newborns develop birth asphyxia. It is estimated that 1.2 million evolve to death and at least the same number develops important disabling neurological sequels. These children need to be accompanied by experts, especially in the first year of life. The continuity of care after hospital discharge should be guaranteed so that there is follow-up care to those who are at increased risk of morbidity and mortality. To identify factors associated with dropout of outpatient specialized treatment of children diagnosed with perinatal asphyxia. The study was conducted in neonatal care clinic specializing in a reference hospital for high-risk births in the state of Sergipe. 98 children with perinatal asphyxia discharged from the Neonatal Intensive Care Unit of this hospital participated in the study. Results: the children who were followed up were between two months to two years old, and predominantly male ⁶⁹. Ten children were discharged at age 24 months and had important neurological sequels. Thirty-one children were discharged aged 10 to 20 months without deficit and 35 remained in regular monitoring. There was a record of 22 cases of noncompliance, before the sixth medical consultation. Among the reasons for the doctor following the abandonment of the follow-up service, there were more reasons regarding the absence of symptoms (and distance from home). The absence of symptoms and distance from the capital were associated with the abandonment of outpatient treatment of anoxic children. Outpatient services should be organized to minimize the follow-up abandon situations.

Keywords: Ambulatory Care, Asphyxia Neonatorum, Health Planning.

■ INTRODUCTION

The reduction of child mortality and morbidity is still a challenge for health services and society. The morbidity with long-term neurological disability generates a social impact, constituting an important public health problem^{1,2}. The 2010 demographic census identified that 24.5 million people (14.5% of the population), had some type of disability, since some difficulty walking, hearing and seeing, until serious disabling injuries³.

A survey carried out in the period from 1981 to 1990 in the state of Rio de Janeiro, with 850 people bearing disabilities, found that 76.94% of the cases were patients with mental disabilities, 12.47% of patients with motor disabilities (cerebral palsy) and 10.58% of multiple disabilities (mental and motor). The study concluded that multiple factors were the etiological agents of mental deficiency, being that the perinatal asphyxia figured as the third cause of disability in the studied group⁴.

Asphyxia of perinatal anoxia is among the most frequent causes of neonatal death in the world⁵. It is caused by lack of oxygen (hypoxia) and/or lack of perfusion (ischemia) in various organs of magnitude and duration enough to produce biochemical and functional changes.⁶

It affects two to four newborns (NB) in every 1,000 live births, with higher incidence in premature babies. Among the affected NB, 20% to 60% may present hypoxic-ischemic encephalopathy (HIE)⁷.

HIE is caused by the association between hypoxia and ischemia, it is developed when there is significant tissue hypoperfusion and decreased oxygen supply resulting from perinatal asphyxia⁸. This association, accompanied by metabolic changes, leads to biochemical, biophysical and physiological changes, resulting in secondary clinical manifestations to physiological or structural impairment, with multiple organ dysfunction and the presence of severe cerebral lesion⁹. The HIE prevalence is 1.7 per 1000 full term live births, reaching a percentage of mortality between 50% to 75%¹⁰.

Among those who survive, approximately 25% evolve with permanent neurological sequelae, with or without mental retardation, learning disorders, visual or motor dysfunction, hyperactivity, epilepsy and cerebral palsy¹¹. HIE is the main cause of brain damage and neurological sequelae in NBs born between 37 and 42 weeks; it is the main responsible for the development of motor, sensory and cognitive dysfunctions, generating high individual, family and social cost¹²⁻¹⁴. The severity of the lesion in the brainstem is strongly associated with death during or after the neonatal period, lesions in the basal ganglia and thalamus are correlated with the inability to wander without aid, at two years of age¹⁵.

The most relevant risk factors for the occurrence of perinatal asphyxia are directly related to lower maternal age, prematurity, lower birth weight (< 2500g), history of previous neonatal death, primiparity, threat of premature birth and clinical and/or obstetrical intercurrents,

highlighted the cases of diabetes, toxicemia gravidarum, anemia, placenta praevia, isoimmunization, alcoholism or addiction on any type of drugs and low socioeconomic level^{14,16}.

It is characterized by metabolic or mixed acidemia (respiratory and metabolic) with a pH lower than 7 and may be associated to an Apgar score of 0 to 3 for more than 5 minutes and neurological sequelae of severe neonatal convulsions, coma, hypotonia or multiple organ failure¹⁷. NBs who present the Apgar score lower than seven in the fifth minute of life have a 5.33 times greater risk of death than those with higher Apgar score of seven, being this parameter, an indication of the number of children who need specialized resources, such as the admission to neonatal intensive care units (NICU)¹⁸.

Despite technological and scientific advances in perinatal care to high-risk NB, specific therapeutic approaches for the prevention or reduction of brain damage associated with asphyxia was restricted only to the provision of general care with the maintenance of oxygenation, blood pressure control and homeostasis, treatment of seizures and control of intracranial hypertension. Currently, new neuroprotective strategies are being investigated taking into consideration the clinical significance and the socioeconomic impact caused by neonatal brain damage¹⁹.

In order to assure the continuity of care for the child after hospital discharge, following the guidelines of the Ministry of Health²⁰, the *follow-up* service of Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL) performs specialized clinical follow-up of children leaving NICU, allowing the early perception of changes in their development, preventing further complications, as well as the identification of psychological and emotional problems in children or in the family, as well as the provision of guidance to parents and guardians regarding the possible difficulties they face during the care²¹.

Follow-up is concerned, in checking the cognitive and motor skills, executive functions, vision, hearing, speech and language, attention, behavior and educational gains of those children, evaluating the long-term results of neonatal intensive care²².

According to the service statistics information, over the past three years, 21,714 children were cared for in the unit. The follow-up criteria to the service are all the NB weighing less than or equal to 1,500 g or gestational age greater than or equal to 33 weeks; time spent in the NICU exceeding 8 days; severe neonatal asphyxia or severe neurological sequel; severe intracranial hypertension diagnosed by transfontanelle ultrasonography, neurological examination presenting alterations and seizures; congenital infection (excepting the acquired immunodeficiency syndrome); neonatal hyperbilirubinemia with indication of exchange transfusion; metabolic hereditary diseases or inborn errors of metabolism and congenital malformations. The children who were serviced have as main diagnosis the prematurity,

the service receives cases of congenital syphilis, toxoplasmosis, genetic syndromes and congenital malformations.

■ MATERIAL AND METHOD

This was a cross-sectional, descriptive and analytical study. The population of interest in this study corresponds to the set of full-term NBs diagnosed with perinatal asphyxia (98 children) serviced in the *follow-up* service of MNSL in the city of Aracaju - Sergipe, in the period from January 2012 to January 2015.

The outpatient follow-up program for high-risk newborns discharged from the NICU in the state of Sergipe works annexed to MNSL, with weekly service. Approximately 230 children and their families are serviced per month. The admission of children in the service is performed by the medical professional responsible for hospital discharge.

The *follow-up* service of MNSL has a multidisciplinary team composed by pediatricians (05), neuro-pediatrician, ophthalmologist (01), nurse (01), physiotherapist (02), social workers (02), nursing assistants (05) and administrative technician (01). During the outpatient care, the children were conducted to different professionals of the team depending on the needs they presented.

It was considered as abandonment of the follow-up to the service, the non-attendance to medical consultation after 180 days from the date of appointment of the same.

The *follow-up* service adopted the method of active search of children as a measure of redemption and guarantee of the continuity of the treatment. The search attempts were made by professionals of the social service of the institution, using as search strategy the phone contact.

When it was not possible the realization of redemption through the social service, because of the children's vulnerability, the intervention was requested of the Guardianship Council of the municipality of residence of the family.

The identifying information of the children, number of consultations, the proposed treatment regimen, and the presence of neurologic dysfunction were collected from medical records.

The study was approved by the Ethics and Research Committee of the Federal University of Sergipe under the number CAAE 03963812.9.0000.0058.

■ RESULTS AND DISCUSSION

In the period from January 2012 to December 2014, MNSL recorded the occurrence of 13,313 deliveries. 2,734 NBs were sent (20.5%) for hospitalization in NICU, after having been diagnosed with diseases that could cause death or cause injuries that interfere in their

development. Among those admitted to NICU, the occurrence of 232 cases were recorded of mild, moderate and severe asphyxia, and 124 cases in premature NBs and 108 cases in full term NBs.

It was worked in this sample with the full term NBs diagnosed with perinatal asphyxia, with the aim of minimizing bias of assessment, since the premature NB presents comorbidities common to this situation, leading to the use of assistential methods for prolonged periods (for instance mechanical ventilation) and may promote the onset of neurological injuries.

In relation to gender, the majority of full-term NB was of the male gender 69 (63.9%). The birthweight ranged from 2,035 to 4,440 grams and gestational age between 38 to 42 weeks. The predominant type of delivery was cesarean 59 (54.6%). There was a record of 10 deaths (9.2%). Being verified the maternal variables, it was observed that the age ranged from 16 to 35 years (average 24.1 years). In relation to the provenance 39 (36.1%) were from the capital city, 58 (53.7%) were from the municipalities in the interior of the state and 11 (10.18%) came from neighboring states. Regarding schooling, most women 82 (75.9%) had secondary education. Regarding the monthly income 'per capita', it was observed that 77 (71.2%) of the families had incomes between one to three minimum wages. Most mothers 102 (94.4%) had performed from 1 to 6 prenatal consultations.

Among the 108 full term anoxic NB, 98 were referred to the outpatient clinic and return from the *follow-up* after hospital discharge. The children were assisted by a multidisciplinary team. The service was done individually, with specialized care to diagnosis and needs of children and their families.

Regarding their clinical conditions, 21 children (21.4%) had episodes of seizures in the neonatal period. Ten (10.2%) were discharged by age for 24 months, presenting neurological sequelae of type epilepsy, motor deficit or cerebral palsy. The most frequent symptoms of neurologic dysfunction in the *follow-up* of these children includes the behavioral disorder; cognitive deficits, attention, learning, seizures, epilepsy, hyperactivity or hypoexcitability and hypotonia.

Thirty-one children (31.6%) were discharged without deficit, aged 10 to 20 months without deficit and 35 remained in regular monitoring. Among the 35 who were still in *follow-up*, seven were using anticonvulsant medication (Phenobarbital) and 28 remained without a deficit. There was a record of 22 cases of noncompliance (22.4%), before the sixth medical consultation.

Regarding the reasons for the abandonment of the medical *follow-up* in the *follow-up service*, predominated the reasons related to the absence of symptoms (13) and the distance from home (9), despite having been made the request for free transportation to the Department of Health of the municipality of residence of the child through the social service.

In one case, the responsible for the child (mother) justified as a cause of abandoning the demand for treatment in another health service, this being related to access to private health insurance and in another case, the responsible for the child (mother) justified as a cause of abandonment to the delivery of the child for adoption.

It was found that the abandonment of the service occurred between the first and fifth medical consultation; observing greater adherence to treatment from the sixth consultation.

Sergipe state has territorial extension of 181.857 Km². The most distant municipality from the capital Aracaju is 190 km away. Among the 75 municipalities that compose the state of Sergipe, 21 municipalities had children serviced. The capital presented the highest percentage of noncompliance with treatment, 13 (59%), followed by the neighboring municipality of Nossa Senhora do Socorro 2 (9%), distant only 13 km from the capital. There was a greater occurrence of abandonment of treatment among children living in poor neighborhoods of the city of Aracaju, such as Santa Maria, São Conrado and Bairro Industrial.

It was not possible to evaluate the clinical-neurological prognosis of children who abandoned treatment, however, out of 22, seven had a history of seizures in the neonatal period.

The present study evaluated the monitoring and the permanence of the full term born child with a diagnosis of perinatal asphyxia, with ages ranging from two months to two years in a *follow-up service*.

Ratifying the literature, perinatal asphyxia was directly related to gestational age¹²⁻¹⁴ but had no relation with birth weight¹⁶. The mortality rate of the sample, as well as the percentage of children presenting neurological sequelae was lower than that reported by other studies. Surveys have indicated a rate of mortality and permanent neurological sequelae as well superior to our findings^{11,23,24}.

The multidisciplinary intervention is essential for the improvement of the life perspective of high-risk NBs, with reduction of morbidity rates and consequent improvement of the neurological prognosis of those children²⁵. It is observed in Brazil and in the world the evolution of care through the development of programs of public policies aimed at the wellbeing and health of that population²⁶. However, it is verified that a lower family income is associated with a greater need for medical care, thus, the effect of the *socioeconomic status* of the family reflects on the child's health²⁷. It was observed in the sample that families assisted by the *follow-up service* were socioeconomically more needy.

In addition, the therapies for children undergo great influence of parents or guardians, once they decide the time to take them to the consultation. It is faced with the challenge of dealing with the abandonment of the follow-up and interruption of care²⁸. Research has shown that the abandonment of treatment of children is associated with a socioeconomically disadvantaged families, young mothers and with low schooling^{28,29}. Corroborating those studies,

our results showed high occurrence of abandonment of treatment among children of young mothers living in poor neighborhoods of the city of Aracaju. These neighborhoods have a population dependent on Single Health System.

It was recorded in a sample case of abandonment by handing the child for adoption. Many parents give their children with disabilities for adoption, by lack of information and financial conditions for care³⁰. In some cases, the mother believes that nobody, besides her, can take care of and protect the child with a lesion in the central nervous system³¹. However, during the socio-assistencial care, parents of children diagnosed with neurological problems reported concerns, uncertainties, frustration, stress, disinformation or misinformation about the pathology of their children, as well as anguish for not knowing how to deal with the sick child³⁰.

The follow-up of high-risk NBs is of fundamental importance and must be carried out by a specialised service that can count on an habilitated multiprofessional team²⁰. Care must be taken to convince their parents about the importance of such monitoring. The *follow-up* outpatient clinic is a specialized unit and has state reference. It is located in the state capital of Aracaju, being, therefore, far from some Sergipe state municipalities. In the routine of MNSL, it was observed that the care of patients coming from interior cities of neighboring states such as Bahia and Alagoas, which by their proximity, seek medical care in the municipal network of Aracaju.

In the healthcare units, it is observed that the distance between the housing and the service is an obstacle to the follow-up, since the proximity governs the orientation of segments for the use of health services³². The occurrence draws attention of a higher percentage of abandonment of service in their own municipality headquarters of outpatient *follow-up* and the supply of addresses are non-existent.

Although, excellence of offered service has been observed, using the caregiver to cope with the impacts of the child's pathology and its treatment, an analysis of data on local file revealed that, only in the year 2014, there were a total of 308 cases (22.95%) of treatment dropout, for all other cases of monitoring in the *follow-up* service of MNSL.

The service recognizes the importance of maintaining the follow-up process of the treatment. It was observed the great effort and commitment of the team to keep the children adherence in the service, however, adherence to medical follow-up does not define the quality of care, once the responsible for the child may seek other services or other treatments.

It was also observed that the adherence to medical treatment is affected when it comes to low-income population, with financial difficulties, the child's disease generates an impact on caregiver, resulting in frequent absences to commitments³³. In some cases of abandonment, the service used the intervention of the Guardianship Council of the municipality of the family residence. The Constitution of the Federative Republic of Brazil of 1988 and the Statute of

the child and adolescent (ECA) provide that it is a duty of the family, society and the State to ensure the child, with absolute priority, the right to life and health, as well as save her from all forms of negligence^{34,35}. The assistance services may count on the Guardianship Council to make the rights of the child be provided, applying to those responsible, the protective measures and ensuring the referral of the child to treatment when necessary. These bodies may require judicially the suspension or loss of family power, as established by ECA³⁵. Some of the children who have abandoned the follow-up presented episodes of seizures in the neonatal period. The convulsions in this period are acute manifestations of dysfunction of the central nervous system^{24,36}. The occurrence of epilepsy after neonatal seizures have wide variation in frequency³⁶ (from 3.5 to 56%), being strongly associated with other permanent neurological changes, such as mental retardation and cerebral palsy³⁷.

The mortality of neonates with seizures varies between 7% and 35%, being that this incidence has fallen in recent years, possibly due to the improvement in obstetric care and neonatal intensive care unit, however, the prevalence of neurological sequelae and delay in the neuropsychomotor development remains stable²⁴.

Since it is a population exposed to risks in neurological development, the outpatient services should be arranged to minimize the situation of abandonment of the follow-up period. To do so, it is fundamental the achievement of quantitative assessments for the research of the dropout rate and identification of possible failures of the service or the care service organization. Such data may identify problems that hinder the clientele adhesion, serving as guidelines for the formulation and implementation of actions that minimize this percentage. It is extremely important that the service registration data of children be updated, with proof of address and viable means to find her. In the case of addresses outside the territorial limits of the state, reference should be carried out to other specialized health units, being kept the guarantee to the provision of assistance.

■ CONCLUSION

The absence of symptoms and the distance from the capital, even though there was free transportation for the child, were the main factors associated to the abandonment of the outpatient treatment of anoxic children. The outpatient services must be organized to minimize the situation of the follow-up abandonment, adopting a method to convince their parents about the importance of that monitoring. The main limitation of this study was the impossibility of performing the follow-up on all eligible children from birth, due to the difficulty accessing them after hospital discharge. It was evidenced that in some situations the responsible for the child resided outside the state of Sergipe, providing not locatable addresses or flatly refusing to remain in the service.

■ ACKNOWLEDGMENTS

We are thankful to the team of the outpatient clinic for *follow-up* of MNSL, for their assistance in the provision of institutional data.

■ REFERENCES

1. García-Alix A, De Dios J. La Encefalopatía hipóxico- isquémica en el recién nacido a término ha dejado de ser una entidad huérfana de intervención terapéutica: implicaciones para la práctica y necesidad de un “código hipotermia”. *Evid Pediatr* 2010;6(2):27.
2. Blanco D, García-Alix A, Valverde E, Tenorio V, Vento M, Cabañas F. Neuroprotección con hipotermia en el recién nacido con encefalopatía hipóxico-isquémica. Guía de estándares para su aplicación clínica. *An Pediatr (Barc)* 2011;75(5):e1- 20.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: MS; 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: MS; 2008.
5. Nogueira FAE, Queiroz MVO, Jorge MSB. The silence in severe perinatal asphyxia in term infants: mothers and health professionals discourse. *Cienc Cuid Saude* 2009;8(1):71-8.
6. El-Gendy FM, El-mo'men KA, Badr HS, Mohammed AE. α_2 - Microglobulin predicts renal injury in asphyxiated neonates. *Menoufia Med J* 2014;27(2):316-21.
7. Rahman, S. Neuroprotection in neonatal hypoxic ischemic encephalopathy; therapeutic hypothermia and beyond. *JPMI* 2011;25(1):1-3.
8. Gunn AJ, Bennet L. Fetal hypoxia insults and patterns of brain injury: Insights from animal models. *Clin Perinatol* 2009;36(3):579-93.
9. Adams-Chapman I, Stoll BJ. Nervous system disorders. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. *Nelson Textbook of Pediatrics*. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007. p. 713-22.
10. Cruz ACS, Ceccon MEJ. Prevalence of asphyxia and perinatal hypoxic-ischemic encephalopathy in term newborns, considering two diagnostic criteria. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum* 2010;20(2):302-16.
11. Gandhi J. Cerebral Palsy. *J Obstet Gynecol India* 2007;57(1):27-36.
12. Delfino A, Weinberger M, Delucchi G, Campo S, Bargeño M, Filgueira L, et al. Seguimiento de recién nacidos con asfisia perinatal. *Arch Pediatr Urugn* 2010;81(2):73-7.
13. Garcia MHM, Monteiro AMV, Freire SM. Relação entre o índice de resistência obtido pela Ultra-sonografia Doppler Transfontanela e o neurodesenvolvimento até o primeiro ano de vida em recém-nascidos a termo com encefalopatía hipóxico-isquémica leve e moderada. *Arq Neuropsiquiatr* 2007;65(4-B):1206-10.

14. Takazono OS, Golin MO. Asfixia Perinatal: Repercussões neurológicas e detecção precoce. *Rev Neurocienc* 2013;21(1):108-17.
15. Martinez-Biarge M, Diez-Sebastian J, Kapellou O, Gindner D, Allsop JM, Rutherford MA, et al. Predicting motor outcome and death in term hypoxic-ischemic encephalopathy. *Neurology* 2011;76(24):2055-61.
16. Santos LM, Pasquini VZ. A importância do Índice de Apagar. *Rev Enferm UNISA* 2009;10(1):39-43.
17. Qureshi AM, Rehman A, Siddiqi TS. Hypoxic ischemic encephalopathy in neonates. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2010;22(4):190-3.
18. Granzotto JA, Fonseca SS, Lindemann FL. Fatores relacionados com a mortalidade neonatal em uma unidade de terapia intensiva neonatal na região sul do Brasil. *AMRIGS* 2012;56(1):57-62.
19. Paula, S, Greggio, S, DaCosta, JC. Use of stem cells in perinatal asphyxia: from bench to bedside. *J Pediatr* 2010;86(6):451-64.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: MS; 2004.
21. Baraldi E, Filippone M. Chronic lung disease after premature birth. *N Engl J Med* 2007;357(19):1946-55.
22. Salt A, Redshaw, M. Neurodevelopmental follow-up after preterm birth: follow up after two years. *Early Hum Dev* 2006;82(3):185-97.
23. de Souza ALS, de Souza NL, de França DF, de Oliveira SIM, Araújo AKC, Dantas DNA. Risk factors for perinatal asphyxia in newborns delivered at term. *Open J Nurs* 2016;6:558-564, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2016.67059>
24. Baggio BF, Cantali DU, Teles RA, Nunes ML. Impact of neonatal seizures in the neurological outcome during the early years of life. *Sci Med* 2012;22(4):179-84.
25. Aparna S, Ravindra S. Predicting development delay in high risk infants: comparison between Dubowitz and Vojta Scale. *J Assoc Physiotherapists India* 2005;53:5-10.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: MS; 2006.
27. Oliveira DMP, Pereira CU, Freitas ZMP. Perfil socioeconômico dos cuidadores de crianças com hidrocefalia. *Arq Bras Neurocir* 2011;30(3):94-8.
28. Martinez-Biarge M, Diez-Sebastian J, Kapellou O, Gindner D, Allsop JM, Rutherford MA, et al. Predicting motor outcome and death in term hypoxic-ischemic encephalopathy. *Neurology* 2011;76(24):2055-61.
29. Gastaud MB, Nunes MLT. Preditores de abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças. *Rev Psiquiatr* 2009;31(1):13-23.
30. Silva, JRF. Enfoque dinâmico sobre a paralisia cerebral: um estudo etnográfico e clínico em uma instituição de reabilitação no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2006.

31. Oliveira DMP, Pereira CU, Freitas ZMP. Conhecimento do cuidador de crianças com hidrocefalia. *Rev Bras Enferm* 2010;63(5):782-5.
32. Duarte MTC, Cyrino AP, Cerqueira ATAR, Nemes MIB, Lyda M. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010;15(5):2603-10.
33. Mendonça MB, Ferreira EAP. Adesão ao tratamento da asma na infância: dificuldades enfrentadas por cuidadoras. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* 2005;15(1):56-68.
34. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
35. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Índice elaborado por Edson Seda. Curitiba: Governo do Estado do Paraná; 1994.
36. Nunes ML, da Costa JC. Outcome of newborns with neonatal seizures: risk factors and predictors. *Curr Pediatr Rev* 2006;2(4):315-21.
37. Nunes ML, Martins MP, Barea BM, Wainberg RC, Costa JC. Neurological outcome of newborns with neonatal seizures: a cohort study in a tertiary university hospital. *Arq Neuropsiquiatr* 2008;66(2A):168-74.

Incidência de complicações locais e fatores de risco associados ao cateter intravenoso periférico em neonatos

| **Derdried Athanasio Johann**
IFPR

| **Priscila Mingorance**

| **Jolline Lind**
UNIMED

| **Mitzy Tannia Reichembach Danski**
UFPR

RESUMO

Objetivos: avaliar a incidência de complicações relacionadas ao uso do cateter intravenoso periférico em neonatos e identificar fatores de risco associados. **Método:** coorte prospectiva, realizada em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Os participantes foram os neonatos internados submetidos à punção intravenosa periférica, no período de fevereiro a junho de 2013. **Resultados:** a incidência de complicações foi de 63,15%, sendo infiltração/extravasamento (69,89%), flebite (17,84%) e obstrução (12,27%). Os fatores de risco foram: presença de infecção ($p=0,0192$) e peso no dia da punção ($p=0,0093$), tipo de infusão intermitente associada à contínua ($p<0,0001$), intubação orotraqueal ($p=0,0008$), infusão de plano básico ($p=0,0027$), nutrição parenteral total ($p=0,0002$), hemotransfusão associada a outras infusões ($p=0,0003$) e outros medicamentos ($p=0,0004$). Maior risco de desenvolver complicação nas primeiras 48 horas pós-punção. **Conclusão:** elevada taxa de complicações relacionadas ao uso do cateter intravenoso periférico e fatores de risco associados à infecção, peso, drogas e soluções infundidas e tipo de infusão.

Palavras-chave: /Complicações, Fatores de Risco, Cateterismo Periférico, Recém-Nascido.

■ INTRODUÇÃO

A terapia intravenosa tem como instrumento fundamental o uso de dispositivos intravenosos, os quais são tecnologias comumente empregadas no cuidado aos neonatos de alto risco ⁽¹⁾. Embora seu uso possa acarretar prejuízos à saúde dessa população, é papel da enfermagem prevenir as complicações, que podem ser decorrentes do próprio paciente, do dispositivo empregado e/ou do cuidado prestado.

Observa-se ampla utilização de cateteres intravenosos periféricos (CIP) na terapêutica de pacientes internados em estabelecimentos de saúde ⁽²⁻³⁾. As complicações locais na terapia intravenosa periférica ocorrem ao redor do local de punção, são passíveis de observação e podem ser classificadas como: infiltração, extravasamento, trombose, flebite, tromboflebite, hematoma e infecção local. Destaca-se a necessidade de observação constante da punção venosa periférica, com vistas à identificação precoce das complicações, a fim de minimizar a gravidade dessas ⁽⁴⁾.

A baixa durabilidade dos cateteres intravenosos periféricos é fator importante, contudo, a ocorrência de complicações destaca-se por ser frequente. Estudo realizado na unidade de neonatologia do Hospital Universitário Rio Hortega em Valladolid pesquisou 143 cateteres inseridos em 68 neonatos, os quais apontam que as complicações mais observadas foram extravasamento com 48,3% e flebite com 3,5% ⁽⁵⁾.

Ressalta-se o desafio dos profissionais em enfermagem a fim de manter a punção venosa periférica em neonatos de alto risco, visto as particularidades desta clientela, tais como fragilidade capilar e a vulnerabilidade fisiológica e clínica. Desta forma, esta pesquisa objetivou avaliar a incidência de complicações locais relacionadas ao uso do cateter intravenoso periférico em neonatos e identificar fatores de risco associados ao desenvolvimento de complicações relacionadas ao uso do mesmo.

■ MÉTODO

Trata-se de estudo de coorte observacional prospectivo. Realizou-se na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um hospital de ensino de Curitiba – Paraná. Os participantes da pesquisa foram todos os neonatos internados na UTIN submetidos à punção de CIP, no período de coleta de dados (primeiro de fevereiro a 30 de junho de 2013). A coleta de dados ocorreu diariamente, no período vespertino, de forma ininterrupta, na presença de duas pesquisadoras, mediante leitura das informações contidas nos registros do prontuário do neonato e observação direta do dispositivo, utilizando-se de instrumento próprio com questões fechadas que abordavam dados sócio-demográficos e clínicos e dados relacionados à inserção, manipulação e retirada do cateter. Com o intuito de evitar viés na coleta

de dados, a equipe de pesquisadores passou por capacitação diária lado a lado, orientado pela pesquisadora responsável, num período de três meses; houve padronização dos conceitos observados, embasados em literatura científica, por meio de reuniões com toda a equipe de pesquisa.

Os neonatos foram acompanhados desde o momento da internação até desfecho de sua internação na UTIN (alta, transferência ou óbito), exceto aqueles que permaneceram internados e tiveram cateteres puncionados no dia 30 de junho de 2013, quando se acompanhou o desfecho do dispositivo (retirada). A punção e a manipulação dos dispositivos foram realizadas pela equipe de enfermagem da unidade, capacitada para tal procedimento.

O instrumento de coleta dos dados comportou variáveis sócio-demográficas e clínicas, bem como, dados do cateter. Considerou-se manutenção contínua quando o tempo de infusão da solução era superior a duas horas, e manutenção intermitente quando o tempo de administração do fármaco era inferior a duas horas.

Os dados foram digitados em planilhas eletrônicas do programa Microsoft Excel® e analisados com auxílio do programa Bioestat®. A variável resposta da pesquisa (ou desfecho) foi a ocorrência de complicações. Na análise de fatores que possam interferir na variável resposta, foram utilizados o teste do Qui-quadrado e o teste G de Williams para as variáveis explicativas categóricas e o teste U de Mann-Whitney para as variáveis explicativas quantitativas. Em todos os testes utilizou-se um nível de significância de 5%. Aplicou-se o cálculo do risco relativo para medir o grau de associação. A categoria considerada como referência está indicada nas tabelas de resultados com o valor 1,0, na coluna para os valores de risco relativo (RR).

Os preceitos éticos foram atendidos de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), conforme parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa e Instituição Coparticipante número 165.675.

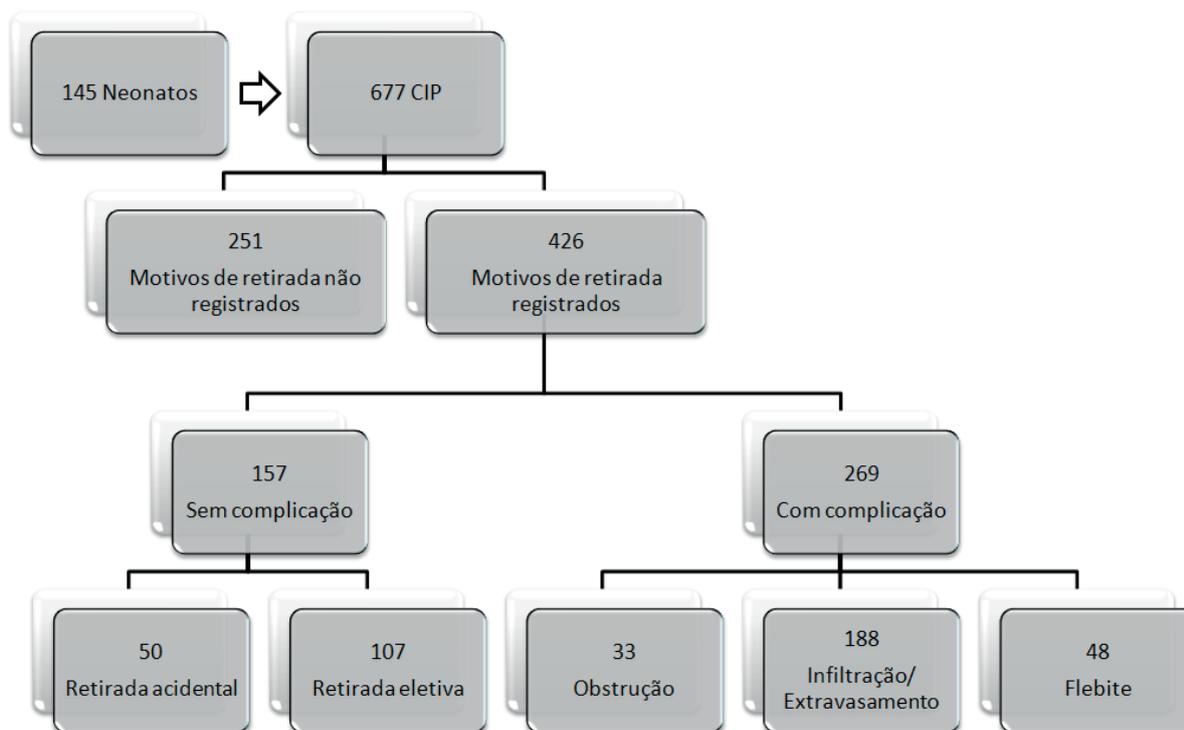
■ RESULTADOS

Incluiu-se 145 neonatos que utilizaram 677 cateteres intravenosos periféricos, correspondendo a uma média de 4,67 cateteres por neonato. Dos 677 cateteres utilizados, em 251 (37,08%) o motivo da retirada não foi registrado no prontuário. Dos 426 cateteres com informações sobre motivo da retirada, 157 (36,85%) não apresentaram complicações, dos quais, 107 (68,15%) tiveram como motivo da retirada eletivo (por término da terapia, alta e óbito) e 50 (31,85%) retirada acidental (tração acidental do cateter) (Figura 1).

A incidência de complicações, entre os cateteres, foi de 63,15% (n=269), dos quais 48 (17,84%) apresentaram flebite, 188 (69,89%) infiltração/extravasamento e 33 (12,27%) obstrução (Figura 1). Houve necessidade de agrupamento das complicações infiltração e

extravasamento devido a não diferenciação pela equipe de enfermagem durante a classificação das mesmas. Evidencia-se 21,56% (n=58) de complicações no primeiro cateter utilizado pelos neonatos. A obstrução e a infiltração/extravasamento foram recorrentes no primeiro cateter, em contrapartida, a flebite apresentou maiores taxas de ocorrência no quarto cateter inserido no mesmo neonato.

Figura 1. Distribuição dos cateteres conforme motivo de retirada. Curitiba-PR, 2013.



As complicações relacionadas ao uso do CIP independem do local da punção. Os membros superiores foram os locais que mais desenvolveram complicações, sendo os membros superiores esquerdo (n=85; 19,95%) e direito (n=77; 18,08%) predominantes, seguidos do membro inferior direito (n=44; 10,33%) e região cefálica (n=36; 8,45%). Destaca-se o desenvolvimento de complicações em todas as regiões anatômicas. Os cateteres puncionados no arco dorsal das mãos foram os mais frequentes (n=80; 18,78%), seguido dos puncionados no arco dorsal dos pés (n=45; 10,56%). Observou-se ainda que todos os cateteres puncionados na axila (n=8; 1,88%) e na veia jugular externa (n=2; 0,47%) desenvolveram complicações.

A análise dos fatores de risco associados às complicações no uso do CIP ocorreu mediante agrupamento e comparação entre cateteres com presença ou ausência de complicação.

Neonato com presença de infecção no dia da punção aumenta em 1,26 vezes o risco de desenvolver complicação (p=0,0192; RR=1,26); observou-se que quanto menor o peso do neonato no dia da punção, maior é o risco (p=0,0093; RR=1,29 e RR=1,25); o tipo de infusão intermitente diminui o risco de desenvolver complicação e a infusão intermitente associada à infusão contínua aumenta o risco de desenvolver complicação do CIP (p<0,0001;

RR=0,70 e RR=1,23, respectivamente); neonatos submetidos à intubação orotraqueal (IOT) associada ao uso de CIP aumenta em 1,31 vezes o risco de desenvolver complicação neste cateter (p=0,0008; RR=1,31) (Tabela 1).

Evidenciou-se que a utilização do cateter mediante administração de plano básico aumenta em 1,24 vezes o risco de desenvolver complicação (p=0,0027; RR=1,24); a administração de nutrição parenteral total (NPT) aumenta em 1,33 o risco e a administração exclusiva de NPT via cateter periférico aumenta em 1,62 vezes o risco de desenvolver complicação (p=0,0002; RR=1,33 e RR=1,62, respectivamente); a utilização do cateter para hemotransfusão associada a outras infusões aumenta em 1,23 o risco, entretanto, o uso exclusivo do cateter para a hemotransfusão reduz o risco em 0,37 vezes (p=0,003; RR=1,23 e RR=0,37, respectivamente); a administração de outros medicamentos aumenta em 1,31 vezes o risco (p=0,0004; RR=1,31). Existe maior risco de desenvolver complicação nas primeiras 48 horas pós-punção (p=0,0121) (Tabela 1).

Tabela 1. Análise das variáveis relacionadas ao cateter e seu uso associadas à ocorrência de complicações. Curitiba-PR, 2013

Variável	Complicação				P-valor	RR	IC [95%]			
	Sim		Não							
	n=269	%	n=157	%						
Complicação	269	63,15	157	36,85	-	-	-			
Infecção pré-existente										
Não	223	82,90	143	91,08	0,0192¹	1				
Sim	46	17,10	14	8,92				1,26	[1,07;1,48]	
Procedimento realizado por										
Enfermeiro	38	14,13	27	17,20	0,5333 ²	1				
Auxiliar/Técnico	230	85,50	130	82,80						
Outros	1	0,37	0	0,00				1,09	[0,88;1,36]	
Período da punção										
Diurno	164	60,96	81	51,59	0,0590 ¹	1				
Noturno	105	39,03	76	48,41				1,15	[0,99;1,34]	
Peso no dia da punção										
<1500	101	37,55	44	28,03	0,0093¹	1,29				
1500<p<2500	81	30,11	39	24,84				1,25	[1,08;1,54]	
>2500	87	32,34	74	47,13				1	[1,03;1,51]	
Membro puncionado										
MMSS	162	60,22	89		0,3996 ¹	1				
MMII	69	25,65	38	56,69				1,00	[0,84;1,18]	
Outros	38	14,13	30	24,2019,11				0,87	[0,69;1,09]	
Tipo de infusão										
Contínua	108	40,15	72		<	1				
Intermitente	27	10,04	37	45,8623,57				0,0001¹	0,70	[0,52;0,96]
Ambas	134	49,81	48	3057						
Uso de CVC associado										
Não	218	81,04	132		0,4298 ¹	1				
Sim	51	18,96	25	84,0815,92				1,08	[0,90;1,29]	
Uso de CVD associado										
Não	259	96,28	155		0,1271 ¹	1				
Sim	10	3,72	2	98,731,27				1,33	[1,02;1,73]	
IOT associado										
Não	187	69,52	132		0,0008¹	1				
Sim	82	30,48	25	84,0815,92				1,31	[1,14;1,50]	

Variável	Complicação				P-valor	RR	IC [95%]
	Sim		Não				
	n=269	%	n=157	%			
Cirurgia associada							
Não	260	96,65	155		0,1808 ¹	1	
Sim	9	3,35	2	98,731,27			
Utilização – Plano básico							
Não	83	30,86	59	37,58	0,0027 ¹	1	
Sim	127	47,21	48	30,57			
Uso exclusivo	59	21,93	50	31,85			
Utilização – NPT							
Não	194	72,12	139	88,54	0,0002 ¹	1	
Sim	58	21,56	17	10,83			
Uso exclusivo	17	6,32	1	0,64			
Utilização– ATM							
Não	135	50,19	88		0,4897 ¹	1	
Uso de 1 ATM	29	10,78	16	56,05			
Uso de 2 ou +	105	39,03	53	10,1933,76			
Utilização – Transfusão							
Não	224	83,27	132		0,0003 ¹	1	
Sim	41	15,24	12	84,087,64			
Uso exclusivo	4	1,49	13	8,28			
Utilização – Outros							
Não	164	60,97	122		0,0004 ¹	1	
Sim	105	39,03	35	77,7122,29			
Período da retirada							
Diurno	174	64,68	120		0,0114 ¹	0,82	
Noturno	95	35,32	37	76,4323,57			
Tempo de permanência dos cateteres							
Até 24 horas	99	36,80	44	28,03	0,0121 ¹	1,32	
Entre 24 a 48 horas	90	33,46	46	29,30			
Entre 48 a 72 horas	45	16,73	27	17,20			
Entre 72 a 96 horas	21	7,81	19	12,10			
Superior a 96 horas	14	5,20	21	13,38			

LEGENDA: ¹ Teste Qui-Quadrado; ² Teste G de Williams; RR - Risco relativo; IC [95%] - Intervalo com 95% de confiança. Siglas: membros superiores (MMSS); membros inferiores (MMII); cateter venoso central (CVC); cateterismo vesical de demora (CVD); intubação orotraqueal (IOT); nutrição parenteral total (NPT); antimicrobianos (ATM).

■ DISCUSSÃO

Incidência de complicações

Estimou-se incidência de complicações em 63,15%, apesar de elevada percentagem encontrada, trata-se de valores dentro dos limites descritos em estudos com população semelhante, os quais demonstram variabilidade de 55,3 a 83% de desenvolvimento de complicações^(3,5-7). No que concerne às complicações elencadas nesta pesquisa, houve predomínio de infiltração/extravasamento (69,89%), seguido de flebite (17,84%) e obstrução (12,27%), a literatura converge seus dados quando descreve que as complicações mais frequentes são infiltração (20 a 56%)^(3,6-8) e extravasamento (24 a 48,3%)^(5,7).

A taxa de infiltração/extravasamento (69,89%) observada nesta pesquisa foi alta ao comparar à literatura. A fisiologia dos neonatos caracteriza-se como fator predisponente para o desenvolvimento de infiltração e extravasamento devido à fragilidade capilar, autores destacam que neonatos apresentam risco especial para o desenvolvimento de infiltração/

extravasamento, visto que seu tecido subcutâneo é flexível e distende-se facilmente com a presença do líquido, e ainda, possui integridade venosa prejudicada, o que facilita a fuga capilar ⁽⁹⁾. Fatores estes que podem estar diretamente relacionados ao perfil da população internada em UTIN, pois esta clientela apresenta instabilidade clínica e necessitam de cuidados intensivos, devido prematuridade, baixo peso ao nascer e idade gestacional e apgar inadequados ⁽¹⁰⁾.

Assim, a forma mais adequada para a prevenção de infiltração e extravasamento é a observação contínua do local de punção do cateter e intervenções imediatas após a ocorrência dessa complicação. Estudo desenvolvido na Austrália e Nova Zelândia aponta que dois terços das UTIN utilizam-se de protocolos para a prevenção destas complicações, mediante adoção de medidas como observação contínua de enfermagem ao local de inserção do dispositivo, manter o óstio de inserção do cateter visível, e infusão de solução salina antes da administração de outras substâncias ⁽¹¹⁾.

Tratando-se dos fluídos infundidos nos cateteres, a literatura destaca quatro características facilitadoras do risco de extravasamento, tais quais: extremo de pH (inferior a 5 ou superior a 9); osmolaridade (número de partículas por quilograma de solvente); vasoatividade (capacidade de causar constrição do vaso); e citotoxicidade (capacidade de provocar danos celulares ou morte). Independente da solução infundida, tem-se a alteração de suas características em função da concentração do medicamento e do diluente utilizado na preparação da mistura intravenosa, acarretando danos celulares ou morte do tecido do vaso. A infusão de outras soluções, mesmo isotônicas, pode resultar em sérios danos ao paciente, incluindo síndrome compartimental, isquemia e perda permanente da função do tecido ⁽¹²⁾.

Em casos de infiltração/extravasamento a remoção imediata do cateter é a conduta mais prevalente, seguido da elevação do membro, perfuração do local extravasado e uso de compressa quente ou fria ⁽¹¹⁾. Depois de instalada a complicação, deve-se avaliar o tamanho da infiltração em relação à área afetada com o intuito de utilizar intervenções específicas ⁽²⁾, prática de suma importância ao evitar danos ao neonato.

Ao considerar as percentagens de flebite (17,84%), esta pesquisa encontrou valor superior ao encontrado em estudos, os quais variam entre 3,5 e 14% ^(3,5,7). Percentagens aceitáveis para flebite encontram-se em valores inferiores a 5%, segundo guias de prática clínica internacionais ⁽¹³⁻¹⁴⁾. As práticas para a prevenção de flebite caracterizam-se na realização de procedimentos de higiene das mãos, seja por lavagem das mãos com água e sabão em técnica convencional ou friccionando as mãos com álcool 70% e na remoção do cateter se o paciente desenvolver sinais flogísticos ⁽⁴⁾.

Considerando os índices de complicação por obstrução do cateter, esta pesquisa aponta índices (12,27%) entre os valores descritos por estudos, nos quais a obstrução variou de 1,4 a 39% ^(3,5,7).

Objetivando a minimização das complicações relacionadas ao uso do CIP, o enfermeiro e sua equipe devem atentar para o precoce reconhecimento das mesmas, utilizando-se da avaliação rotineira, mediante observação contínua e palpação do local de punção quanto à presença de sinais flogísticos e exsudato ^(4,13,15). Essas ações podem minimizar a dor e o sofrimento que as complicações provenientes da terapia intravenosa periférica acarretam aos neonatos.

Fatores de risco relacionados ao cateter

A presença de infecção da corrente sanguínea, relacionada ou não ao cateter, no dia da punção apresentou significância estatística quanto ao desenvolvimento de complicação ($p=0,0192$), ou seja, quando o neonato apresentava infecção da corrente sanguínea estava propenso a desenvolver complicação no cateter periférico em uso. Revisão sistemática da literatura desenvolvida entre 2000 e 2011, realizada em uma população de neonatos, evidenciou baixas taxas de infecção associadas ao CIP ⁽¹⁶⁾. Entretanto, sabe-se que os índices de infecção podem ser desencadeados por diversos fatores relacionados aos cuidados em saúde; fator prevenível mediante o desenvolvimento de práticas educativas em saúde com os profissionais de enfermagem ⁽¹⁷⁾.

Evidenciou-se maior risco de desenvolver complicação durante a utilização do cateter ($p=0,0093$) quando relacionado ao menor o peso do neonato no dia da punção, pois o desenvolvimento inadequado dos aspectos fisiológicos do neonato caracterizam-se como fatores de risco para erros, incluindo eventos adversos em neonatos que resultam na perda de cateteres ⁽¹⁷⁾.

Outra variável relacionada à complicação do CIP foi o uso concomitante de IOT ($p=0,0008$). Trata-se de porta de entrada para microrganismos, os quais podem desencadear complicações sistêmicas ao neonato, acarretando na instabilidade no quadro clínico, propiciando o desenvolvimento de complicação no cateter.

No que tange ao tipo de infusão utilizado para o tratamento intravenoso prescrito, tem-se que a infusão intermitente de soluções caracteriza-se como a mais favorável para esta população, visto que minimiza o risco de desenvolver complicação com o CIP utilizado. Em contrapartida, a infusão intermitente associada à infusão contínua aumenta o risco de desenvolver complicação no cateter ($p<0,0001$). Ao analisar estas informações, relaciona-se à complicação mais frequente (infiltração/extravasamento), propensas durante a infusão contínua de soluções.

Estudo desenvolvido com neonatos, comparando grupos que usaram infusão intermitente e contínua, apontou que a lavagem intermitente apresentou ocorrência de infecção mais significativa (71,4%) que a infusão contínua (40%)⁽³⁾. Contudo, recomenda-se que independente do tipo de infusão utilizada deva-se manter técnica asséptica para a realização dos cuidados com o cateter⁽⁴⁾.

Dentre as soluções infundidas mais associadas à ocorrência de complicação, tem-se a administração de plano básico, NPT, hemotransfusão associados a outras infusões e a infusão de outros medicamentos. A administração de plano básico ($p=0,0027$) caracteriza-se por infusão de forma contínua, a qual pode estar relacionada à complicação infiltração/extravasamento.

Na administração de NPT ($p=0,0002$), além da infusão contínua, há o fator de risco da concentração da solução, a qual pode ser prejudicial para a frágil rede venosa dos neonatos. Estudo realizado no Chile, abordando a temática de NPT, identificou que crianças com infecção da corrente sanguínea aumentam o tempo médio de uso de NPT ($p<0,0001$), bem como a hospitalização anterior ao início da NPT ($p<0,0001$)⁽¹⁸⁾. Outro estudo complementa que NPT e ATM, estão entre as drogas que caracterizam risco para desenvolver lesões por extravasamento em crianças quando administradas em CIP⁽¹²⁾.

A punção do cateter exclusivamente para a hemotransfusão apontou-se favorável nesta pesquisa. Entretanto, a utilização do cateter para hemotransfusão associados a outras infusões é fator de risco para desenvolver complicação ($p=0,003$).

Observou-se menores retiradas de cateter com complicação no período diurno ($p=0,0114$). Esta pesquisa apontou maior risco de desenvolver complicação nas primeiras 48 horas pós-punção do cateter ($p=0,0121$). Tais complicações ocorrem especialmente nas primeiras 48 horas de vida do neonato, correspondendo igualmente ao período de punção do primeiro cateter, uma vez que os neonatos nascem na instituição e são encaminhados diretamente à UTIN, a qual tem como rotina o cateterismo periférico no momento do internamento. Após ser submetido à terapia intravenosa, o neonato frágil clínica, fisio e anatomicamente recebe terapêutica a fim de estabilizar e equilibrar as condições gerais, motivo que elucida a diminuição de complicações após as primeiras 48 horas de vida do neonato. Ademais, conforme melhora do quadro clínico dos neonatos, os cateteres permaneceram por maior tempo e houve redução do desenvolvimento de complicações.

As implicações para a prática da enfermagem comportam o conhecimento das complicações e seus fatores de risco, a fim de evitá-las, bem como orientar condutas relacionadas à vigilância do CIP, as quais devem ser intensificadas, principalmente nas primeiras 48 horas de vida, quando o neonato apresenta instabilidade hemodinâmica e observa-se maior desenvolvimento de complicações. Fatores limitantes desta pesquisa relacionam-se

aos registros incompletos quanto ao motivo de retirada dos cateteres, bem como a ausência de informações para determinar o grau das complicações. Sugere-se o desenvolvimento de estudos semelhantes para a contemplação dos graus de flebite, infiltração e extravasamento, bem como a distinção adequada destas duas últimas.

■ CONCLUSÃO

A incidência de complicações relacionadas ao CIP em neonatos hospitalizados em UTIN foi de 63,15%, sendo infiltração/extravasamento predominante, seguida de flebite e obstrução. Os fatores de risco para o desenvolvimento de complicações relacionadas ao uso dos cateteres foram: presença de infecção e peso no dia da punção, tipo de infusão 'intermitente associada à infusão contínua', IOT concomitante ao uso de CIP, utilização do cateter mediante infusão de plano básico, NPT, hemotransfusão associada a outras infusões e administração de outros medicamentos. Notou-se ainda maior risco de desenvolver complicação nas primeiras 48 horas pós-punção. O tipo de infusão intermitente é a mais adequada para a manutenção do cateter. A administração de NPT não é indicada para CIP. O uso exclusivo do cateter para a hemotransfusão reduz o risco de complicações.

■ REFERÊNCIAS

1. Johann DA, Lazzari LSMDe, Pedrolo E, Mingorance P, Almeida TQRDe, Danski MTR. Peripherally inserted central catheter care in neonates: an integrative literature review. Rev. Esc. enferm. USP [Internet]. 2012. [citado 2015 mai. 14]; 46(6): 1503-1511. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600030&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600030>.
2. Pop RS. A Pediatric Peripheral Intravenous Infiltration Assessment Tool. J. Infus. Nurs. 2012;35(4):243-8. DOI: 10.1097/NAN.0b013e31825af323.
3. Perez A, Feuz I, Brotschi B, Bernet V. Intermittent flushing improves cannula patency compared to continuous infusion for peripherally inserted venous catheters in newborns: results from a prospective observational study. J. Perinat. Med. 2012;40(3):311-4. DOI: 10.1515/jpm-2011-1000.
4. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger P, Garland J, Heard SO, et al. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. Centers of Disease Control and Prevention (CDC) - Related infections - Recommendations and reports [Internet]. 2011 [citado 2015 mai. 12]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hicpac/pubs.html>.
5. Pérez JM, Rodríguez LR, Villanueva SG, Llarena RMR. Utilización y mantenimiento de los cateteres venosos periféricos en la unidad de neonatología del Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. Rev. Enferm. CyL [Internet] 2015 [citado 2015 ago. 04]; 7(1):1-11. Disponível em: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/143/121>.

6. Barbosa MTSR, Alves VH, Rodrigues DP, Branco MBLR, Souza RMP, Bonazzi VCAM. Quality indicators in support of intravenous therapy in a university hospital: a contribution of nursing. *J. res.: fundam. care.* [Internet]. 2015. [citado 2015 ago. 18];7(2):2277-86. DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2277-2286.
7. Arnts IJJ, Heijnen JA, Wilbers HT, van der Wilt GJ, Groenewoud JM, Liem KD. Effectiveness of heparin solution versus normal saline in maintaining patency of intravenous locks in neonates: a double blind randomized controlled study. *J. Adv. Nurs.* 2011; 67(12):2677-85. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05718.x.
8. Hetzler R, Wilson M, Colina EK, Hollenback C. Securing Pediatric Peripheral IV Catheters – Application of an Evidence-Based Practice Model. *J. Pediatr. Nurs.* 2011; 26(2), :143-8. DOI:10.1016/j.pedn.2010.12.008.
9. Wu J, Mu D. Vascular catheter-related complications in newborns. *J. Paediatr Child Health.* 2012; 48(2):. E91-5. DOI:10.1111/j.1440-1754.2010.01934.x.
10. Lages CDR, Sousa JCO, Cunha KJB, Costa e Silva N, Santos TMMG. Predictive factors for the admission of a newborn in an intensive care unit. *Rev Rene* [Internet]. 2014 [citado 2015 ago 18];15(1):3-11. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000100002.
11. Restieaux M, Max A, Broadbent R, Jackson P, Barker D, Wheeler B. Neonatal extravasation injury: prevention and management in Australia and New Zealand-asurvey of current practice. *BMC Pediatr* [Internet]. 2013 [citado 2015 mar. 30];13:34-8. Disponível em: //www.biomedcentral.com/1471-2431/13/34.
12. Clark E, Giombra BK, Hingl J, Doellman D, Tofani B, Johnson N. Reducing Risk of Harm from Extravasation. *J. Infus. Nurs.* 2013;36(1):37-45. DOI: 10.1097/NAN.0b013e3182798844.
13. Infusion Nurses Society – INS. Infusion Nursing Standards of Practice. *Journal of Infusion Nursing.* 2011;34(1S).
14. Intravenous Nursing New Zealand Incorporated Society – IVNNZ. Provisional Infusion Therapy Standards of Practice. March, 2012.
15. Gorski, LA, Hallock D, Kuehn S, Morris P, Russell, Skala L. INS Position Paper – Recommendations for frequency of assessment of the short peripheral catheter site. *J. Infus. Nurs.* 2012; 35(5):290-2. DOI: 10.1097/NAN.0b013e318267f636.
16. Hadaway L. Short Peripheral Intravenous Catheters and Infections. *J. Infus. Nurs.* 2012; 35(4):230-240. DOI: 10.1097/NAN.0b013e31825af099.
17. Lanzillotti LS, Seta MHDe, Andrade CLT, Mendes Junior WV. Adverse events and other incidents in neonatal intensive care units. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [citado 2015 ago 18];20(3):937-46. DOI: 10.1590/1413-81232015203.16912013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300937&lng=en&nrm=iso&tlng=en
18. Cardemil PB, Durán CC. Factores de riesgo de infecciones deltracto sanguíneo associadas a alimentación parenteral en pacientes pediátricos. *Nutr. Hosp.* 2011;26(6):1428-1434. DOI:10.3305/nh.2011.26.6.5372.

Prematurity and maternal health conditions influence on plasma glucose and triglyceride levels in newborns at six months of corrected age

| **Bruna Juliana Zancanaro Frizon**
UNIOESTE

| **Grasielly Masotti Scalabrin Barreto**
UNIOESTE

| **Hugo Razini de Oliveira**
UNIOESTE

| **Ana Tereza Bittencourt Guimarães**
UNIOESTE

| **Claudia Silveira Viera**
UNIOESTE

| **Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso**
UNIOESTE

| **Talita Bavaresco**
UNIOESTE

| **Álvaro Largura**
BIOVEL

| **Sabrina Grassioli**
UNIOESTE

ABSTRACT

In the present study, we evaluated growth, glucose, and lipids homeostasis in preterm (PT) infants at birth and at 6 months of corrected age (6 mos. of CA) and correlated with maternal health conditions. This is a longitudinal prospective study conducted between May 2015 and February 2017 with PT (n=71) and full-term (FT) infants(n=82) and their respective mothers in a public hospital in the south of Brazil. At birth, PT infants showed reduced growth parameters, high levels of glucose, insulin but lower triglyceride levels when compared to FT infants. Only glucose remained elevated in PT infants at 6 mos. of CA; an effect correlated significantly with higher maternal body weight gain and with a high degree of prematurity. In contrast, elevated maternal insulin plasma level was correlated with smaller glycemia of PT infants at 6 mos. of CA. Moreover, in association, elevated maternal body weight gain during pregnancy, greater values of plasma glucose, insulin, and cholesterol as well as a high degree of prematurity were positively correlated with high plasma triglyceride levels in PT infants at 6 mos. of CA. In conclusion, this study confirms that maternal body weight gain and their metabolic state as well as the degree of prematurity are elements that affect glycemia and triglyceridemia in PT infants at 6 mos. of CA. Glucose and lipid homeostasis at birth and infancy may determine the onset of chronic diseases throughout adulthood. Thus, PT infants and their mothers should be closely monitored to preserve their health in the future.

Keywords: Pregnancy, Prematurity, Glucose, Lipids, Metabolic Programming.

■ INTRODUCTION

Preterm (PT) birth constitutes a worldwide health problem. It has a significant impact on infant mortality and morbidity also has a direct relationship with elevated risk for the onset of neurological, sensory, respiratory, and motor disabilities in later life (Crump, 2020). Moreover, in the last decade, chronic diseases, such as diabetes, hypertension, dyslipidemia, and cardiovascular dysfunctions also have been more frequently observed in adults born PT, indicating that prematurity is a programming event (Crump, 2019).

According to the concept of the Developmental Origins of Health and Disease (DoHaD), the early life environment exerts a modulatory role in gene expression, establishing as metabolic and neuronal pathways will respond in adulthood (Simeoni *et al.*, 2018). Thus, modification in nutrition, hormones levels, or stressful life events during pregnancy, lactation, and early infancy can determine the risk of developing chronic diseases from childhood to adulthood (Storme *et al.*, 2016). In this regard, prematurity is an event that alters a critical period of development having implications for a long-term health state (Crump, 2020). Infants born PT frequently present a small size at birth, in association with rapid growth rates (catch-up) during childhood; both events are directly related to risks for the development of obesity and diabetes later in life (Singal, 2017). The infant born PT has greater difficulty in preserving glucose homeostasis during the first few days of life, in particular, due to limited glycogen stores, lower gluconeogenic hormone activities, and decreased hormonal responses, particularly of cortisol and insulin (Abramowski *et al.*, 2020). In this context, several studies have shown that plasma glucose and insulin levels were higher in PT than in FT infants (Ahmad *et al.* 2016) and presented associations with disease conditions at 2 years of age (Payal *et al.*, 2016). Additionally, premature newborns frequently present alterations in lipids profile, events that could be related to the origins of atherosclerosis during early life (Sreekarthik *et al.*, 2015). Adults born premature present a major risk for the development of type 2 diabetes (T2D) (Crump, 2020).

Similarly, maternal health conditions have a clear impact on the hormonal and metabolic state of infants at birth, including prematurity (Catalano & Shankar, 2017). Consequently, excessive, or inadequate body weight gain (Xiao *et al.*, 2017), hyperglycemia, dyslipidemia (Moayeri *et al.*, 2017), hypertension (Guedes- Martins, 2016) or urinary tract infection (Bavaresco *et al.*, 2019) during gestation contributes to causing PT birth. Maternal health state not only has an immediate impact on the PT infant but also contributes to disease risk later in life (Catalano & Shankar, 2017). In the present study, we evaluated growth, glucose, and lipids homeostasis in preterm (PT) infants at birth and at 6 months of corrected age (6 mos. of CA) and correlated with maternal health conditions at delivery.

■ METHOD

ETHIC ASPECTS

This is a cross-sectional and prospective study conducted from May 2015 to February 2017 in a public maternity hospital in the south of Brazil. The study was approved by the Institutional Human Ethics Committee of the Western Paraná State University no. 1.134.712, Brazil and CAAE 16348813.7.1001.0107. The PT births were defined as newborns with gestational age (GA) less than 37 weeks, while newborns born at ≥ 37 weeks of GA were considered FT. Informed consent was obtained from mothers, those who refused to participate were excluded from the study.

EXPERIMENTAL DESIGN

The study was performed with four experimental groups: FT infants and mothers of FT babies (control groups) and PT infants and mothers of PT babies. In the FT groups, were included those pregnant >18 years old, without diabetes or hypertension and their respective FT infants, born without congenital anomalies and metabolic abnormalities and not exposed to phototherapy. In PT groups were included those infants born without congenital anomalies, that remained in the Intensive Therapy Unit (ITU) for more than 7 days. Independent of groups, mothers and infants with an insufficient blood sample and those who did not return at follow up visit were excluded. Thus, after the exclusion criteria, 67 mothers of PT and 82 mothers of FT were included with their respective infants (PT infants 71; FT infants 82).

ANTHROPOMETRIC DATA COLLECTION

Maternal height (m^2) and body weight (BW; Kg) were registered at pre-pregnancy (pp) and at last query (lq) to calculate body mass index (BMI; kg/m^2) classified according to Atalah (Brasil, 2004). The total body weight gain ($BW\Delta$) was obtained from the difference between $ppBW-lqBW$ and expressed by gestational age (GA). The infants were evaluated at birth, being registered their body weight (g), height (cm) and cephalic circumference (CC), each item was sorted into adequate for GA (AGA), small for GA (SGA), and large for GA (LGA) in accordance with Fenton et. al 2013. At six months of age for the FT-infants or corrected age (CA) for the PTinfants, anthropometric variables (body weight, height, and CC) were reevaluated.

BLOOD COLLECTION AND ANALYSIS

The maternal blood sample was collected at the time of hospitalization while the infant's blood samples were collected between 24-72 hours after delivery and at 6 mos. of CA. Blood samples were submitted to biochemical analysis of glucose, triglycerides, and total cholesterol determined by dry chemistry method in an automated VITROS 4600 by Ortho Clinical Diagnosis, the data were expressed in mg/dL. Insulin ($\mu\text{UI}/\text{mL}$) was analyzed by the Electrochemiluminescence in an automated UniCelDxl 800, Beckman Coulter, using Access Ultrasensitive Insulin immunoassays system (Beckman Coulter) and the limit of detection of insulin assay was $0.03 \mu\text{UI} /\text{mL}$. In infants (PT and FT) the difference between the anthropometric and metabolic values at birth and at 6 mos. of CA was denominated of delta (Δ).

STATISTICAL ANALYSIS

Data are expressed as mean \pm standard deviation (SD) and the difference between groups (FT and PT) evaluated by unpaired t-test or Mann-Whitney U test, according to the previously performed normality (Shapiro-Wilk) analysis. Generalized Linear Models (GLM) was applied to describe a potentially nonlinear relationship between maternal predictor terms and a plasma biochemical variable of infants at 6 mos. of CA. The R version 3.3.2 (Since Pumpkin Patch); $p < 0.05$ was used for all analyses.

■ RESULTS AND DISCUSSION

Maternal anthropometric and metabolic profiles are shown in Table 1. At pre-pregnancy (pp) moment mothers of PT and mothers of FT showed similar BW, height, and BMI ($p > 0.05$). However, at the last query (lq), the mothers of PT presented smaller BW, BW gain, and BMI in relation to mothers of FT ($p < 0.05$). In consequence, the fluctuation of BMI (Δ) at long of pregnancy was smaller in mothers of PT in comparison to mothers of FT ($p < 0.05$). At delivery, the glycemia, triglyceridemia, and insulinemia were similar in maternal groups. However, total plasma cholesterol levels were smaller in mothers of PT in relation to mothers of FT infants (Table 1; $p < 0.05$).

Table 1. Maternal anthropometric and metabolic characteristics.

	Mothers of PT infants (n=67)	Mothers of FT infants (n=82)	p- value
$_{pp}$ BW(Kg)	65±14	67±14	0.257*
$_{lq}$ BW(Kg)	72±14	80±14	0.003
BW gain (Kg)	8±6	13±7	<0.0001*
Height (cm)	160±7	161±6	0.336
$_{pp}$ BMI	25±5	26±5	0.501*
$_{lq}$ BMI	28±5	31±5	0.008*
Δ BMI	3±2	5±3	<0.0001*
Glucose (mg/dL)	102±40	96±32	0.568*
Triglycerides (mg/dL)	207±89	233±103	0.165*
Total Cholesterol (mg/dL)	202±50	233±52	<0.0001
Insulin (μ UI/mL)	23±33	21±25	0.643*

Data are mean±SD. BW: body weight; pp=pre-pregnancy; lq=last query; BMI= body mass index; * Mann-Whitney-U

The anthropometric characteristics of newborns at birth and at 6 mos. of CA are shown in Table 2. At birth and at 6 mos. of CA, the PT infants presented significant reductions in BW; height, and CC in relation to FT infants. However, from birth to 6 mos., the BW, CC, and height gain (Δ) were higher in PT infants in relation to FT infants (Table 2; $p < 0.0001$).

Table 2. Anthropometric characteristics of infant groups at birth and at 6 mos. of CA.

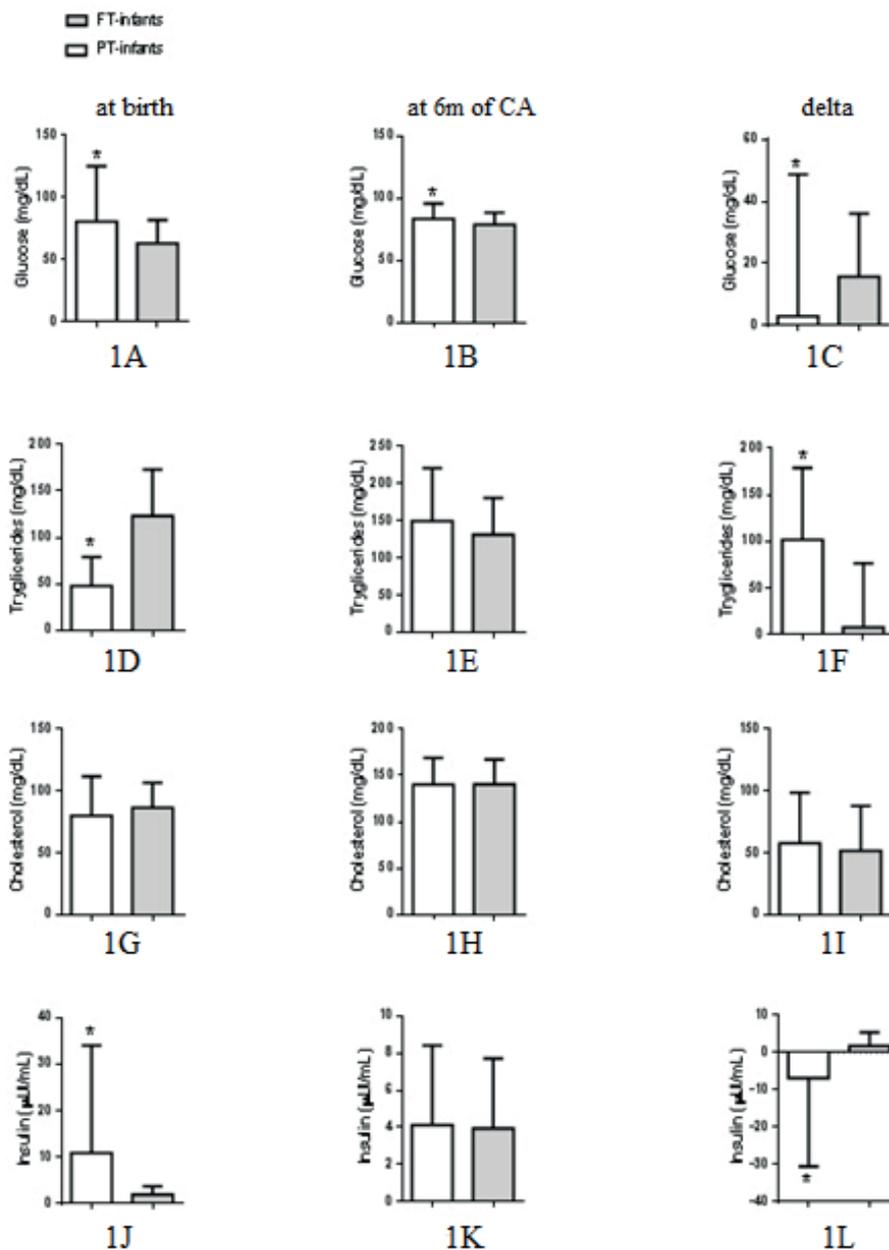
		PT infants (n=71)	FT infants (n=82)	p-value
At birth	BW (g)	1609±623	3240±442	<0.0001*
	Height (cm)	40±4	48±2	<0.0001
	CC (cm)	29±3	34±2	<0.0001*
At 6 mos. of CA	BW (g)	7074±1262	7892±843	<0.0001
	Height (cm)	65±3	67±2	0.005*
	CC (cm)	42±2	44±1	<0.0001*
Δ	BW (g)	5464±953	4651±705	<0.0001
	Height (cm)	25±3	18±2	<0.0001
	CC (cm)	14±3	10±2	<0.0001

Data are mean±SD; BW= body weight; CC= cephalic circumference; BW * Mann-Whitney-U Test

The metabolic biochemical profiles of newborns at birth and at 6 mos. of CA are shown in Figure 1. At birth, plasma levels of glucose (Fig. 1A) and insulin (Fig. 1J) were significantly greater in PT infants compared to FT-infants ($p < 0.05$). In contrast, at that moment, the plasma triglycerides levels were lower in PT infants compared to FT infants (Fig. 1D; $p < 0.05$) without a significant difference in total cholesterol values (Fig. 1G; $p > 0.05$). At 6 mos. of CA, only glycemia remained slightly elevated in PT infants in comparison to the FT infants' group (Fig. 1B; $p < 0.05$). The other metabolic variables were similar between infant groups at 6 mos. of CA (Fig. 1E; 1H and 1K; $p > 0.05$). However, the delta (Δ) values of biochemistry plasmatic variables were influenced by prematurity. Thus, from birth to 6 mos. of CA, PT infants showed reduction in glucose (Fig. 1C) and insulin levels (Fig. 1L) associated with an

elevation in triglycerides plasma levels (Fig. 1F) in relation to FT infants ($p < 0.05$). The delta of total cholesterol (Fig. 1I) was similar in both groups ($p > 0.05$).

Figure 1. Plasma metabolic parameters in newborns at birth and at 6 m of CA. Data are mean \pm SD; PT infants, $n = 71$ and FT infants, $n = 82$. The plasma values for each biochemical variable at birth are shown in Figures 1A, 1D, 1G, 1J, and at 6 mos. of CA in Figures 1B, 1E, 1H, 1K. The delta (Δ) was obtained as the difference between values at birth minus the values at 6 mos. of CA and are shown in Figures 1C, 1F, 1I, 1L. * $p < 0.05$.



No significant correlation was found between maternal characteristics and anthropometric or metabolic state at 6 mos. of CA in FT infants. However, in PT infants, the prematurity degree and maternal health condition had repercussions in the plasmatic values of glucose and triglycerides at 6 mos. of CA. Thus, the elevated degree of prematurity and high maternal BW gain throughout gestation were positively correlated with elevated glycemia in PT infants at 6 mos. of CA (Table 3; $p < 0.05$). In contrast, greater maternal plasma insulin levels at delivery were related to reduced glycemia in PT infants at 6 mos. of CA (Table 3; $p < 0.05$).

Table 3. Correlation between maternal condition and prematurity with glycemia levels in PT Infants at 6 mos. of CA.

Variables	Coefficient	Standard Error	T	p-value
Intercept	67.52794	4.92887	13.70	<2e-16***
BW gain	11.67753	4.95300	2.358	0.01980***
Glucose	0.05053	0.02711	1.864	0.06446
Triglycerides	-0.01206	0.01092	-1.104	0.27147
Cholesterol	0.02960	0.02064	1.434	0.15389
Insulin	-0.06736	0.03126	-2.155	0.03291*
Prematurity	5.83183	1.89013	3.085	0.00246 **

Moreover, if associated, the greater degree of prematurity and maternal conditions such as elevated BW gain, higher glycemia, insulinemia, and plasma cholesterol levels results in significantly increased plasma triglyceride levels in PT infants at 6 mos. of CA (Table 4).

Table 4. Correlation between maternal condition and prematurity with triglycerides levels in PT infants at 6 mos. of CA.

Variables	Variables	Standard Error	t	p-value
Intercept	-1.390e+03	1.802e+030	-0.771	0.4429
BWgain.G.I.	-3.909e-01	2.131e-01	-1.859	0.0703
BWgain.C.I.P	-2.105e-01	1.145e-01	-1.839	0.0698
BWgain.G.C.I.P	2.134e-03	1.1054e-03	2.024	0.0464*
BWgain.G.T.C.I.P	-1.118e-05	6.123e-06	-1.827	0.0716

BW= body weight, G= Glucose, C=Cholesterol, T= Triglycerides, I= Insulin, P=prematurity.

■ DISCUSSION

The relationship between mother and fetus during gestation involves metabolic and hormonal aspects that go beyond intrauterine development, and have immediate effects at birth, with consequences for long-term health conditions (De Jong *et al.*, 2014). In this context, the early disruption of glucose and lipid homeostasis is frequently associated with metabolic programming diseases later in life, in special, obesity, diabetes, and hypertension (Kim *et al.*, 2020).

It is well-recognized that anthropometric maternal conditions, such as body weight, height, and BMI, are variables that can affect newborns at birth and have implications on their health through the long term. In our sample, at pre-pregnancy and at the last query, both maternal groups presented overweight. Overweight and excessive fat mass during pregnancy are factors that can increase the risk for prematurity having long-term deleterious programming effects on descendent (Faucher *et al.*, 2016; Mahizir, 2016). The body weight gain during pregnancy reflects, in part, on the duration of gestation (longer pregnancies allow more weight gain), which must be considered by calculating weekly weight gain (Behrman & Butler 2007). By measuring body weight gain weekly, we demonstrated that despite being overweight, mothers of PT presented less body weight gain in relation to mothers of FT infants during gestation (data not shown). Reduced body weight gain during gestation is a risk

factor for PT delivery, as well as for the birth of babies with small gestational age (SGA) (Xiao *et al.*, 2017; Enomoto *et al.*, 2016). The frequency of SGA was not altered in our sample (data not shown).

Maternal metabolic conditions, particularly disruptions in glucose and lipids homeostasis, can affect neonate health at birth with repercussions on life (Alsnes *et al.* 2017). In our study, mothers of PT infants presented adequate plasma concentrations of glucose, insulin, and triglycerides, but reduced plasma cholesterol levels in relation to mothers of FT babies. Inadequate total cholesterol in mothers has been related to PT birth (Smith *et al.*, 2018). In a case-control study, Catov *et al.*, 2007 included only spontaneous PT and found an association between high maternal total cholesterol and very early PT. However, total cholesterol during early gestation was not associated with any of the outcome measures, including PT birth in a study carried out by Vrijkote *et al.* 2012. In addition, it is important to recognize that, during normal pregnancy, women show an increase in lipid levels, including levels of triglycerides and total cholesterol as GA progresses (Pusukuru *et al.*, 2016).

The relationship between prematurity and chronic diseases in adult life can be related to catch-up growth (Singhal, 2017). Frequently the catch-up growth begins during the first months of life and can be slow and progressive in PT infants being an independent risk factor for adverse health outcomes (Liu *et al.*, 2017). In this sense, we observed that, from birth to 6 mos. of CA, the growth parameters presented higher gain in PT infants than in FT infants, confirming catch-up growth. Importantly, accelerated catch-up is closely related to diseases later in life, including T2D (Liu *et al.*, 2017), and therefore, alterations in glucose regulation have been proposed as a candidate for explaining this mechanism (Singal, 2017).

Premature neonates have difficulty in preserving glucose homeostasis (Abramowski *et al.*, 2020), an event that could be related to increased risk of diabetes in adult life (Hovi, 2007). Adults born prematurely have higher fasting glucose levels, lower insulin sensitivity, and higher blood pressure than adults born FT (Rerkasem *et al.*, 2020; Rodriguez *et al.*, 2020). The reduction in insulin sensitivity, as a result of premature birth, is already present in children between the ages of 4 and 10 years (Hofman, 2004). In our study, at birth PT infants presented higher glucose and insulin levels in comparison with FT infants. Hyperglycemia was common and most severe among those born earliest and smallest (Turai *et al.*, 2019). Interestingly, Scheurer *et al.* (2016) demonstrated a relationship between hyperglycemia at birth and later low growth at 4 mos. of CA in premature newborns. Using cord blood analysis in PT infants, Ahmad *et al.* (2016) demonstrated that more premature neonates present greater plasma insulin levels.

At post-delivery, blood glucose levels decrease in newborns, and thereafter, stabilization of glycemia is dependent on the activation of hepatic glycogenolyses and gluconeogenesis

(Singhal, 2017). Transient disturbances in neonatal glucose homeostasis are common during this time, especially when metabolic reserves are low, as occurs in prematurity. PT infants have lower hepatic glycogen reserves, lower activities of key gluconeogenic enzymes, and inadequate hormonal responses (Abramowski *et al.*, 2020). Unfortunately, we did not measure insulin sensitivity, but our data show higher glucose and insulin in PT infants at birth, suggesting insulin resistance. Corroborating this hypothesis, higher insulin, and insulin resistance, measured by the HOMA index, was found in very PT infants by Ahmad *et al.* (2016). In PF infants, hyperinsulinemia is related to inappropriate glucose-induced insulin secretion from immature beta cell pancreas (Payal *et al.*, 2016). We also demonstrated that PT infants have smaller triglycerides levels at birth. Kwon *et al.* (2016) also found reduced triglyceride levels in PT infants, compared to FT infants, although they did not observe differences in glucose or insulin levels between FT and PT infants.

For the first time, we demonstrated that plasma glucose levels remained augmented at 6 mos. of CA, in prematurely born babies, suggesting difficulty in the preservation of glucose homeostasis during the early phase of infancy. Insulin resistance is a precursor of T2D and is frequently observed in PT infants that present catch-up growth (Mericq *et al.*, 2017). The body weight gain during the first 6 mos. of life was more strongly related to the risk of insulin resistance in adulthood, compared with body weight gain later in infancy. Very low-birth-weight (VLBW) infants already have one or more components of metabolic syndrome at 2 years of CA (Payal *et al.*, 2016). In our study, PT infants at 6 mos. of CA presented catch-up growth and slight glucose elevation, suggesting metabolism dysfunctions. Importantly, we noted that, throughout the first 6 months of life, the profile of metabolism was differently modulated in PT and FT infants. Thus, from birth to 6 mos. of CA, a gradual reduction in glycemia and plasma insulin accompanied by rises in plasma triglyceride levels was found in PT infants, in contrast to observations in FT infants. We believe that this shift in metabolism observed in premature newborns could be considered a metabolic marker for diseases later in life.

To investigate the role of prematurity and maternal health state with the metabolism of infants at 6 mos. of CA, we performed a linear regression analysis. According to our findings, the degree of prematurity of newborns, as well as the maternal body weight gain during gestation, were correlated with higher plasma glucose levels in PT infants at 6 mos. of CA. Moreover, maternal conditions such as greater body weight gain during pregnancy, high values of cholesterol, insulin, and plasma glucose levels at delivery associated with a higher degree of prematurity of newborn results in increased plasma triglyceride levels in PT infants at 6 mos. of CA. To our knowledge, this is the first study to demonstrate a relationship between maternal conditions and glucose and lipids homeostasis in PT infants at 6 mos. of CA, an effect exclusively observed in prematurity.

In conclusion, babies born PT show hyperglycemia, hyperinsulinemia, and lower triglycerides levels at birth, presenting accelerated catch-up growth and several oscillations in metabolism throughout the first six months of life. The maternal body weight gain during gestation and the degree of prematurity are elements that influence glucose in PT infants at 6 mos. of CA. The association between the maternal body weight gain with elevated values of glucose, insulin, total cholesterol, and degree of prematurity results in high triglycerides levels in PT infants at 6 mos. of CA. These new findings indicate that the public system should improve the maternal health and metabolic profile of babies born prematurely to avoid the development of chronic diseases throughout life.

■ ACKNOWLEDGMENTS

We would like to thank the Coordination of Superior Level Staff Improvement (CAPES) and the Brazilian National Council for Scientific and Technological Development (CNPq) for financial support.

■ AUTHOR CONTRIBUTIONS

Bruna Juliana Zancanaro Frizon, Ana Tereza Bittencourt Guimarães, Claudia Silveira Viera, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso, Sabrina Grassioli participated in the conception, design, analysis, and interpretation of the data. All authors wrote the manuscript and carried out its revision to be published. Grasielly Masotti Scalabrin Barreto, Hugo Razini de Oliveira, Talita Bavaresco, and Álvaro Largura designed, performed the analysis, contributed to the data interpretation as well as revised the final version of the manuscript to be published.

■ CONFLICT OF INTEREST

None

■ REFERENCES

1. ABRAMOWSKI, A.; WARD, R.; HAMDAN, A.H. **Neonatal Hypoglycemia**. In StatPearls (Internet). Treasure Island, 2020.
2. AHMAD, A. et al. 2016. Cord Blood Levels of Insulin, Cortisol and HOMA2-IR in very Preterm, Later preterm and term newborns. **J Clin Diagn**, Res10:BC05-BC08.
3. ALSNES, I. V. et al. Hypertension in pregnancy and offspring cardiovascular risk in young adulthood: prospective and sibling studies in the HUNT study (Nord-Trondelag Health Study) in Norway. **Hypertension** 69: 591-598, 2017.
4. BAVARESCO, T. et al. Hipertensão e infecção do trato urinário maternas e condições metabólicas em prematuros. **Rev Bras Enferm**, 72 (3), 2019.
5. BEHRMAN R.E & BUTLER A.S. 2007. **Preterm birth: Causes, Consequences, and Prevention**. The National Academies Press. Washington, 791p.
6. BRASIL. 2004. **Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional**. Orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília, 122p.
7. CATALANO, P.M.; SHANKAR, K. Obesity and pregnancy: mechanisms of short term and long term adverse consequences for mother and child. **BMJ**, 8. 356, 2017.
8. CATOV J.M, et al. Early pregnancy lipid concentrations and spontaneous preterm birth. **Am J Obstet Gynecol** 197: 610.e1-7, 2007.
9. CRUMPY C. Preterm birth and mortality in adulthood: a systematic review. **J. Perinatol**, 40 (6): 833-843, 2019.
10. CRUMPY C. An overview of adult health outcomes after preterm birth. **Early Hum Dev**, 150: 105187, 2020.
11. DE JONG M, et al. Components of the Metabolic Syndrome in Early Childhood in very-Low-birth-weight Infants. **Horm Res Paediatr**, 81: 43-49, 2014.
12. ENOMOTO K, et al. Pregnancy outcomes based on pre-pregnancy body mass index in Japanese women. **PLoS One**, 11:e0157081, 2016.
13. FAUCHER M.A. et al. Gestational weight gain and preterm birth in obese women: a systematic review and meta-analysis. **Int J Obstet Gynaecol**, 123: 199-206, 2016.
14. FENTON T. R. et al. 2013. Validating the weight gain of preterm infants between the reference growth curve of the fetus and the term infant. **BMC Pediatr**. 13 (1): 92, 2013.
15. GUEDES-MARTINS L. Chronic Hypertension and Pregnancy. **Adv Exp Med Biol**, 956: 395-407, 2016.
16. HOFMAN P.L, et al. Premature birth and later insulin resistance. **New Eng J Med**, 351: 2179-2186, 2004.
17. HOVI P. Glucose regulation in young adults with very low birth weight. **New Engl J Med**, 356: 2053-2063, 2007.
18. KIM, J.G. et al. Temporal Leptin to determine cardiovascular and metabolic fate throughout the life. **Nutrients**, 12 (11)3256, 2020.

19. KWON, E.J. et al. DNA methylations of MC4R and HNF4 α are associated with increased tri-glyceride levels in cord blood of preterm infants. **Medicine**, 95(35), 2016. Online. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097 / MD.0000000000004590>.
20. LIU, C. et al. Insulin resistance and its association with Catch-Up growth in chinese children born small for gestational age. **Pediatr Obes** 25: 172-177, 2017.
21. MAHIZIR, D. Maternal obesity in females born small: Pregnancy complications and offspring disease risk. **Mol Nutr Food Res**, 60: 8-17, 2016.
22. MERICQ, V. et al. Long-term metabolic risk among children born premature or small for gestational age. **Nat Rev End**, 13 (1) 50-62, 2017.
23. MOAYERI, M. et al. Maternal lipid profile and the relation with spontaneous preterm delivery: a systematic review. **Arch Gynecol Obstet**, 295: 313-323, 2017.
24. PAYAL, V. et al. Premature birth and insulin resistance in infancy: A prospective cohort study. **Indian J Endocrinol Metab**, 20: 497-505, 2016.
25. PUSUKURU, R. et al. Evaluation of lipid profile in second and third trimester of pregnancy. **J Clin Diagn Res** 10 (3). 2016. Online. DOI: <http://dx.doi.org/10.7860/JCDR/2016/17598.743>
26. RERKASEM, K. et al. Lower insulin sensitivity in young adults born preterm in Thailand. **Pediatr Diabetes**, 21 (2) 210-214, 2020.
27. RODRIGUEZ, J. et al. Weight Gain and Blood Pressure in Toddlers Born Very Preterm. **Nurs Res**. 69 (3) 238-243, 2020.
28. SCHEURER, J.M. et al. Diminished growth and lower adiposity in hyperglycemic very low birth weight neonates at 4 months corrected age. **J Perinatol**, 36: 145-50, 2016.
29. SIMEONI, U. et al. Perinatal origins of adult disease. **Neonatology**, 113 (4) 393-399, 2018.
30. SINGAL, A. Long-Term adverse effects of early growth acceleration or catch-up growth. **Ann Nutr Metab**, 70 (3) 236-240, 2017.
31. SMITH, C.J. et al. Maternal Dyslipidemia and risk for preterm birth. **Plos One**, 13 (12) e0209579, 2018.
32. STORME, L. et al. DOHaD: long-term impact of perinatal diseases (IUGR and prematurity). **Med Sci**, 32 (1) 74-80, 2016.
33. SMITH, L.K.; DRAPER, E.S.; FIELD, D. Long-term outcome for the tiniest or most immature babies: survival rates. **Semin Fetal Neonatal Med**, 19: 72-77, 2014.
34. SREEKARTHIK, K.P. A study of cord blood lipid profile in preterm and term neonates. **Int J Applied Res**, 1: 276-281, 2015.
35. TURAI, R. et al. Early and late complications of hyperglycemic extremely low birth-weight infants. **ORV HETIL**, 160 (32) 1270-1278, 2019.
36. VRIJKOTTE, T.G.M. Maternal lipid profile during early pregnancy and pregnancy complications and outcomes: the ABCD study. **J Clin Endocrinol Metab** 97: 3917-3925, 2012.
37. XIAO, L. et al. Associations of maternal pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain with birth outcomes in Shanghai, China. **Sci Rep**, 7 (1). 2017. Online. DOI:<http://dx.doi.org/10.1038/srep41073>.

Factors associated with infant mortality in a northeastern Brazilian capital

- | Sheila Lima Diógenes Santos
- | Luciano Brito Santos
- | Viriato Campelo
- | Ana Roberta Vilarouca da Silva

ABSTRACT

Purpose: Factors associated with infant mortality were identified by hierarchical model based on social and economic, health care, obstetric and biological determinants in a northeastern Brazilian capital. **Methods:** Observational, retrospective cohort study based on secondary data of births and deaths of children under one year of mothers living in the city of Teresina (PI). **Results:** For the distal level of determination of infant mortality, the characteristics that remained statistically significant were maternal age, maternal education and maternal occupation, $p < 0.001$. In the intermediate level, all variables were statistically significant, particularly the type of pregnancy and delivery, $p < 0.001$. The gender of the baby was the proximal level feature that had no significant association with the outcome, while the other variables of this level had association, $p < 0.001$. **Conclusions:** This study evidenced that, in addition to biological factors, social and economic status and maternal and child health care are important to determine the infant mortality.

Key-Words: Infant Mortality, Risk Factors, Information System, Health Planning.

■ INTRODUCTION

The worldwide concern about infant mortality gained visibility with the publication in 2000, of the Millennium Development Goals, in which reduction in infant mortality was highlighted as a goal number 4, which proposes to reduce by two thirds the mortality rate in children below five years old, in the period between 1990 and 2015, in addition to represent a critical point to achieve other goals related to welfare, equity and poverty reduction. Brazil is a signatory of these goals^{1,2}.

It is known that, in Brazil, there is a high level of heterogeneity among the regions caused by sharp social and economic and cultural differences, in addition to iniquity in access to health services, and the investigation of infant mortality and its risk factors at the local level is relevant³.

The study of risk factors involved in the causal chain of infant mortality is crucial to understand the living conditions of the maternal and child population and to define the priority actions for public policies appropriate for each situation and to develop strategies in order to control and organize the healthcare network, and aiming to reduce infant mortality.

Because of its sensitivity to living and health conditions of the population, infant mortality is determined by factors of different dimensions. However, it is not uncommon to find situations in which social and economic and health care factors are superficially analyzed due to the presence of biological factors⁴.

In this sense, strategies with hierarchical data analysis, which takes into account the temporal precedence of these factors, the potential relationship between them and their relevance to determine the outcome, have been used as alternatives to the analyses based only on statistical associations^{5,6}.

This strategy is based on the construction of a conceptual model aiming to establish a relationship of hierarchy between the effects of exposure variables on the outcome studied, assuming that its effect on the occurrence of this event can be direct or through other variables^{7,8}.

Data from the official Health Information Systems in Brazil, particularly the Mortality Information System (*Sistema de Informações sobre Mortalidade*, SIM) and Live Birth Information System (*Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos*, SINASC), have been widely used to monitor infant mortality in Brazil. However, their use to carry out epidemiological studies depends on the coverage degree of the event in question, in addition to the completeness, reliability and validity of their data⁶. Studies have shown progressive improvement of these systems with increasing level of coverage and improved quality of their data^{7,9,10}.

The possibility to use linkage or another database relationship methodology is highlighted as an important strategy to improve the quality of national healthcare information systems,

identifying and recovering information that are present in a system and missing or incomplete in another¹¹.

Given the above, this study aims to identify, through linkage, factors associated with infant mortality using a hierarchic model based on social and economic, health care, obstetric and biological determinants, in a northeastern Brazilian capital.

■ METHODS

This is an observational, retrospective cohort study based on secondary data of births and deaths of children under one year of mothers living in Teresina (PI) in 2011.

The study population comprised the number of live births (N=13,882) of mothers living in Teresina, with delivery occurring in Teresina, in the period from 01/01/2011 to 12/31/2011. Also included in this population are the deaths of children under one year of age (n=207) from those live births in the study, comprising the deaths occurred between 01/01/2011 and 12/31/2012. The year 2011 was chosen because it represents the most recent period of data availability at the time of data collection.

The study was carried out in Teresina, capital of Piauí, located in the Northeast of Brazil, population of 814,230 inhabitants and 94.27% in urban area according to the 2010 census of the Brazilian Institute of Geography and Statistics (*Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*)¹². Currently it ranks 8th among the capitals in the Northeast States in relation to the Gross Domestic Product. Services focused on health care have attracted demands in the countryside of Piauí, Maranhão, Pará, Amapá, North Tocantins and West Ceará¹³. As shown in Table 1, to meet the highly complex demands in child health in Teresina, there are 35 beds in the Neonatal Intensive Care Unit (ICU), of which 27 are for the patients assisted by the Unified Health System (*Sistema Único de Saúde*, SUS); and 29 beds in Pediatric ICU, with 22 for SUS patients¹⁴.

Data collection was performed from January to April 2014. The Health Information Center of Municipal Health Foundation in Teresina provided the report with digital files of SIM and SINASC databases with a list of live births in 2011 of mothers living in the city of Teresina; additionally, a list of deaths of children under one year and stillbirths for the years 2011 and 2012 of mothers living in Teresina was also provided.

Then, data collection was carried out in the file room of original death certificates (DO) for the years of 2011 and 2012, which are organized in file folders separated per month.

This step was included in order to find potential deaths that, perhaps, were not included in the digital system SIM. Stillbirths in 2011 were searched in order to identify potential death misclassification.

Ten original DO were not found in this file, and a copy of these originals was requested by the responsible department to the health facilities where the deaths occurred in order to be restored and filed. For the Statements of Live Births (DNV) not found in the system, active searches were carried out at the health facilities where the deaths occurred in the DNV file departments by date of birth.

Determinist linkage was carried out through the variable “DNV number” filled in the DO. Deaths not matching with their DNV, deterministically, were paired in a probabilistic manner using the variables “mother’s name”, “date of birth of the newborn” and “gender of the newborn”. All pairs were reviewed to minimize the presence of bias. Information contained in SINASC were considered gold standard in the case of disagreement or missing information on SIM.

Categorization of independent variables (Table 2) was carried out for a hierarchical analysis according to the theoretical model for determination of infant mortality based on hierarchical relationship (temporal and causal) between them, at three levels of determinants: distal, intermediate and proximal (Box 1). The dependent variable or outcome corresponded to the occurrence of infant death.

The variable “maternal education” was adjusted according to the mother’s age in: low, intermediate and high, in order to be compatible with the expected education for each age group. According to study by Carlos Eduardo Moreno Sampaio and Vanessa Nespoli (2004), to provide appropriate old: years of school ratio, a 9-year old student should have at least 1 year of study completed, a 10-year old at least 2 years of study completed and so on¹⁵.

Based on this premise the category “low” was considered to all ages as those with no year of study; for mothers aged 17 - 19 years, those with 1 - 3 years of study; and for mothers aged greater than or equal 20 years, those with 1 - 7 years of study. For category “intermediate”, the following was included: mothers aged 13 - 16 years who had 1 to 3 years of study; mothers aged 17 - 19 years who had 4 - 7 years of study and mothers aged greater than or equal 20 years who had 8 - 11 years of study. The category “high” comprised mothers aged 9 - 12 years who had at least 1 year of study; aged 13 - 16 years, at least 4 years of study; aged 17 - 19 years, at least 8 years of study and mothers aged 20 years and higher who had at least 12 years of study.

The variable “prenatal care” was obtained from the correspondence between the number of prenatal visits and gestational age, and categorized, according to the recommendations of the Ministry of Health, as: “not performed”, “inappropriate” and “appropriate”. The first prenatal visit should start early in the first trimester and should be regular, with visits performed monthly until the 28th week, every two weeks between the 28th and 36th week and, weekly between the 36th and 41st week ¹⁶.

The category “not performed” was considered to mothers who did not have any prenatal visit. For category “inappropriate” the following newborns were included: gestational age 28-36 weeks and 1 to 3 prenatal visits; and those with gestational age of 37 weeks or higher and 1 to 6 visits. The category “appropriate” was considered for newborns with gestational age of 27 weeks or older and at least 1 visit performed; between 28 and 36 weeks of gestational age with at least 4 visits; gestational age of 37 weeks or older with at least 7 visits performed.

The variable “congenital malformation” was defined by the presence or absence of malformation recorded on SINASC, along with the analysis of the underlying cause of death recorded on SIM. Some birth defects are not diagnosed at birth and, therefore, they are absent on SINASC, and sometimes can be identified as one of the underlying causes of death recorded on SIM¹⁷.

To organize, tabulate data, list database searched and to format results, the software Microsoft Excel for Windows® was used with double data entry to reduce the presence of bias. Statistical analyses were performed with software SPSS 20.0 (*Statistical Package for the Social Sciences Inc.*, Chicago, USA).

It is emphasized that the open variables were re-categorized in order to become closed and make feasible the statistical analysis. In order to explain the effect ‘set of independent variables’ on infant mortality, Multivariate Logistic Regression (MLR) was used, adjusted by Enter method with hierarchical input of variables (Box 1)¹⁸.

The multicollinearity test required for MLR was performed by VIF (Variance Inflation Factor), taking as cut-off point for the diagnosis of multicollinearity one VIF above four; however, the test did not detect multicollinearity between the variables studied. *Hosmer and Lemeshow* test was used as a quality measure of MLR adjustment¹⁹.

In the final model, a 5% level of significance was used for analysis, and the variables were considered significant with $p\text{-value} \leq 0.05$ ($p = \text{Wald test}$), and 95% confidence interval (CI95%). The association measurement used was Odds Ratio adjusted (ORadj), and a reference category was set (ORadj equal to 1) to the lower risk for occurrence of the outcome²⁰.

The project was registered at *Plataforma Brasil* under the CAAE number 21832513.0.0000.5214, and forwarded to the Institutional Review Board, Federal University of Piauí to analyze the ethical aspects of the study, in accordance with the regulatory guidelines and standards for human research, National Health Council Resolution n° 466, dated December 12, 2012²¹. The study was approved under the opinion letter n° 514.075.

■ RESULTS

For the distal level for determination of infant mortality, the characteristics that remained statistically significant after applying hierarchical MLR model were maternal age,

maternal education and maternal occupation, $p < 0.001$ (Table 3). Mothers aged 20-34 years (OR_{adj}=5.11; CI95% 3.80 – 6.46) had the strongest association with infant mortality, followed by teenage mothers, who had higher chance of death (2.82 times compared to mothers aged 35 years or more). The results for maternal education were unexpected, since mothers with low education were the group with stronger association with the outcome (OR_{adj}=1.85; CI95% 1.43 – 2.32) as well as the high education group, who were 1.28 times stronger association compared to the group with intermediate education. Similar to variable “maternal education”, mothers who have paid work had an association to infant death 2.03 times stronger compared to those not receiving payment for work.

At the intermediate level, all variables were statistically significant, particularly the type of pregnancy and type of delivery, p -value < 0.001 . The first-time mothers (OR_{adj}=1.43; CI95% 1.14 – 1.70), who had multiple pregnancies (OR_{adj}=2.87; CI95% 2.00 – 3.78) and vaginal delivery (OR_{adj}=1.84; CI95% 1.26 – 2.45) had a higher likelihood for infant death compared to multiparous, single pregnancy and caesarean section, respectively. With regard to prenatal care, mothers who did not have (OR_{adj}=1.28; CI95% 1.11 – 1.51) or had inappropriate prenatal care were more associated with the study outcome when compared with those with appropriate prenatal care.

The baby's gender was a determinant factor at proximal level that did not have significant association with infant death. The other variables of this level had an association with a p -value < 0.001 . Babies born preterm had a 13.88-time increase in risk of death compared to those born at term. Also, a stronger association with the outcome studied was observed with those born post-term (OR_{adj}=1.08; CI95% 1.01 – 1.16) compared to those born at term. The low birth weight represented greater chance of infant mortality [12.3 times (CI95% 8.76 – 16.14) than those who were born weighing 2,500g or more. For Apgar score at 1st minute and 5th minute, group scoring 7 to 10 had the lowest chance to death if compared to the others. Babies identified with congenital malformation were more associated (OR_{adj}=42.33; CI95% 30.11 – 54.48) with death before completing the first year of life compared to those who have not been identified with congenital malformation.

■ DISCUSSION

Among the distal level factors related to social and economic aspects of the mothers, the characteristics that remained statistically significant were maternal age, education and occupation.

Advanced maternal age had a weaker association with infant death compared to other age groups in the cohort studied. This finding is different from what was reported in a study carried out in two cohorts (2000-2001 and 2007-2008) of babies born in Londrina (PR), that

found women over 34 years were more likely to lead to infant death compared to mothers aged between 20 and 34 years for both periods analyzed, reflecting the increased proportion of Brazilian mothers in this age group and possibly representing the biological disadvantages of pregnancies in mothers with more advanced age⁶.

On the other hand, women who decide to get pregnant later can usually be also those with higher education and social and economic level, stable marital status, as well as have a planned pregnancy with greater attention to prenatal visits, factors that could explain the finding of this study in relation to this variable.

Teenage mothers were almost three times more likely to lead to infant death compared to those above 34 years. In the cohort of live births in Londrina(PR) for 2000-2001 and 2007-2008, teenage pregnancy was 2.70 and 1.59 times more likely, compared to mothers aged 20-34 years, respectively, to lead to death in children under one-year old⁶.

The association between teenage mothers and infant mortality can be discussed, both from a social and biological standpoint. One of the outcomes of poor social and economic status for the adolescent and her family is the teenage pregnancy, a situation that precedes and creates difficulties to have access to health services, as well as adverse perinatal outcomes, which demonstrates the need to strengthen the family planning activities recommended by primary healthcare⁷.

The immaturity of the female reproductive system and the continued growth and development of the teenager during pregnancy are examples of biological predisposing factors for adverse perinatal outcomes, such as intrauterine growth restriction, prematurity and low birth weight⁶.

Mother with low education and high education were more associated with infant mortality than mothers with intermediate education in this study.

In research conducted in five Brazilian cities of the North, Northeast, Midwest, South and Southeast regions, low education had statistical significance only for Belém (PA) in Northern Brazil. Similarly, in Passo Fundo (RS), lower education had significant association with deaths in children under one year^{1,7}.

For the two cohorts studied in Londrina (PR), education was associated with the outcome, but with different behavior between the two periods. In the older cohort, low education had higher chance of death; however, in the most recent cohort, low education was a protective factor for infant mortality⁶. Importantly, in the latter study, education was categorized similarly to the present study, adjusting the years of study to the maternal age, unlike the others in which education was provided only by the amount of years of study completed, regardless the mother's age.

Analyses associating fewer years of study from the mother with more likelihood to infant death assume that mothers with higher education are those belonging to higher social classes, fewer children and greater access to knowledge about child care and appropriate prenatal care, factors that would increase the protection to the outcome^{1,7}.

A reduction in Infant Mortality Rate (IMR) is observed among mothers with low education, and increase or stabilization of this rate among mothers with higher education, which usually have more advanced ages, likely to have cesarean delivery, with a higher ratio of premature births and low birth weight. This scenario depicts the changes in the health care, social and reproductive characteristics of Brazilian women in recent years⁶.

Mothers who have paid work were significantly associated with infant mortality, which was two times higher than stay-at-home mothers. Few studies were found reporting this association. However, in a study conducted in Salvador (BA), maternal occupation took part in the multivariate analysis, reaching statistical significance, with lower probability of infant death in children of self-employed professionals and mid-level technicians compared to children of housewives, students and house maids. Additionally, the chance of death for children of house maids was higher than among children of housewives and students²².

In this context, the authors attributed the less likelihood found in women with paid work to their best social and economic conditions. In contrast, house maids were analyzed as a separate group due to their poor working conditions that not always follow the labor laws and, despite receiving payment, their working hours contribute for them to not receive appropriate prenatal care, in addition to the limited time available to stay at home, which affects the quality of maternal care to their children.

Nevertheless, the continuous improvement to the house maids' work conditions are evident and guaranteed by current labor laws in Brazil in a time when poor work conditions of Brazilian women can be found in several types of paid work. Thus, this study was performed employing only two strata for this category: with and without remuneration. As a result, women with paid work were two times more likely to have infant death, which could have been attributed to the stress of modern life, where women take several responsibilities related to their work environment, in addition to carry out their functions within the home environment, factors that could contribute for adverse perinatal outcomes.

To be born in hospitals not convened with SUS showed stronger association with infant mortality compared to deliveries occurred in hospitals providing care by SUS in Teresina, but they were not statistically significant. This contrasts with the study performed in Salvador (BA), which showed significant association between birth in public hospitals and death of children under one year, suggesting the existence of deficiencies in the care of newborns at risk in the population assisted by public healthcare facilities²².

In 2011, it was observed that the vast majority of live births of women living in the city under study reported by SINASC occurred in facilities integrating SUS network; however, the number of births in the private network is also high for a total of only 8 beds for neonatal intensive care of the private network in Teresina, while in the public sector convened with SUS, there are 27 beds for this purpose, which is also considered low to meet the demand of the public sector¹⁴.

Although Teresina is considered a reference in health services for the municipalities and even neighboring states, there is insufficient amount of high complexity beds for the pediatric care both in the public and private sector, particularly for the neonatal period, a main component of IMR in this city.

Obstetrical history was significantly associated with the outcome, and it was more likely to lead to infant death for first-time mothers. Other studies have reported the association between multiparous women and infant mortality, linking high parity to low social and economic level of the family as a determinant of mortality in children under one year²³. On the other hand, mothers coming from higher social classes have a current tendency to have fewer children, which may also be related to mothers who have paid work and high education, consistent with the current study.

Multiple pregnancies had higher chance to lead to infant death compared to single pregnancies, with statistical significance. The same finding was reported in the analysis conducted in Londrina (PR) in two different periods, in which both had a high probability of death in children under one year born of multiple pregnancies⁶. Some studies excluded this variable from their analysis; however, we chose to keep this subgroup of live births, controlling its effect in the multivariate analysis.

Births of twins are related to increased rate of adverse perinatal outcomes, such as premature birth and low birth weight. This emphasizes the importance of special care for women with this risk profile in the city in question.

The type of delivery performed showed statistical significance in this study showing that children born vaginally have stronger association with infant mortality compared to those born by caesarean section. A study conducted in nine municipalities of the west region of Paraná state and another performed in Londrina also belonging to the same state in southern Brazil, found that caesarean section is a protective factor to infant mortality^{6,24}.

An analysis performed on newborns at high risk in neonatal ICU in northeastern Brazil found that cesarean section increases maternal and newborn morbidity and mortality, substantially increasing the spend in health care compared to vaginal delivery. However, operative delivery in high-risk pregnancies is considered an important procedure to reduce perinatal risks, increasing the baby survival²⁵.

Failure to perform or inappropriate prenatal care proved to be a determinant of infant mortality in Teresina. Importantly, this variable was achieved by adjusting the number of prenatal visits performed according to gestational age at delivery, as model recommended by the Brazilian Ministry of Health¹⁶. Reclassification was required since this study included from extremely premature infants to births that occurred after completing 42 weeks of pregnancy, which, therefore, had unequal time opportunities to attend the visits.

Several studies have found a significant association of inappropriate prenatal care in determining infant death in Belém (PA), Recife (PE), Porto Alegre (RS), Salvador (BA) and Maracanaú (CE). In Guarulhos (SP) and Goiânia (GO), prenatal care did not show statistical significance as a determinant for infant mortality^{7,22,23}. These analyses took into account only the number of prenatal visits, not associating with the duration of pregnancy.

Unlike study carried out in Londrina (PR), which associated prenatal care with gestational age for the cohorts of 2000-2001 and 2007-2008, showing significant association only for the earliest period, the cohort of 2007-2008 did not show that prenatal care determines death in children under one year⁶. The authors attributed this loss of statistical significance due to improvements in the social policies and primary health care in the city, with the expansion of primary care through the Family Health Strategy, contributing to increased coverage and improved prenatal care, in addition to favor the decentralization of primary health services through the capture, follow-up and referral of pregnant women to other levels of care.

In Brazil, the coverage and average number of prenatal visits seem to be increasing. However, in the current studies on infant mortality using SINASC database, the assessment of quality in prenatal care is not available. In this context, there is evidence that poor quality is a more serious problem than simply performing fewer visits²⁶.

Male gender had stronger association with infant mortality in this study, but was not statistically significant. Female gender has shown to be a protective factor in some studies attributing the early lung maturation in females during the neonatal period with a consequent decrease in the incidence of neonatal respiratory problems, resulting in a greater number of hospital days in the first year of life in males^{6,24}. The loss of effect of this variable in the current context in Teresina may result from the expansion of perinatal care, with the hierarchical organization and regionalization of health services and greater access to neonatal technologies, such as intensive care and use of corticosteroids and surfactant in preterm infants.

The length of gestation showed a strong association between preterm birth and infant mortality; as well as births occurring after 41 weeks, to a lesser extent, but yet significant.

Several authors found a higher likelihood of infant death with premature births, which was statistically significant in several cities in Brazil, of all regions in diverse periods^{6,7,22,23,24,27}. Preterm birth can be not only triggered by biological factors, but also by several social factors

with the change of women's lifestyle in recent decades, such as the use of alcohol and tobacco, social stress, occupational stress and poor diet, among others.

On the other hand, two studies carried out in the state of Rio Grande do Sul, in Porto Alegre (RS) and Passo Fundo (RS), found no significant association between prematurity and infant mortality, which may be related to the level of social and economic development, as well as greater access to human and technological resources for child health in that region^{1,7}.

Study performed on trends in infant mortality in Porto Alegre (RS), found that the considerable decline in IMR in that city is a phenomenon that may reflect the process of poverty reduction in Porto Alegre, which in 2009, reached the lowest poverty rate among the six main metropolitan regions in Brazil. This demonstrates that Porto Alegre is ahead in the demographic and epidemiological transition phenomenon, trending to reduce IMR, neonatal and post-natal and the number of live births²⁸.

Post-term infants also showed significant association with the outcome under study. The Brazilian Ministry of Health has established that, between the 36th and 41st week of pregnancy, prenatal visits should occur weekly. This increased frequency of visits in late pregnancy aims to assess the perinatal risk and clinical and obstetric complications, which are more common in this trimester. Placental function reaches its fullness around the 36th week, declining thereafter. Senile placenta has calcifications and other changes that are responsible for decreased nutrition and oxygen supply to the fetus and, therefore, is associated with increased perinatal morbidity and mortality¹⁶. This shows the importance that should be given to these births. Few studies on risk factors associated with infant mortality refer to those prolonged pregnancies.

Low birth weight had a strong and statistically significant association with infant death, consistent with the vast majority of studies addressing this topic^{1,6,7,22,23,24,27}.

The risk factors described in the literature that have a greater association with infant mortality are low birth weight and prematurity, and they should not be studied as isolated risk factors, but rather associated with biological and social and economic characteristics of the mother, which are also considered determinants for death in children under one year²⁴.

Apgar score at the 1st and 5th minutes is a simple and useful indicator used to measure the vitality of the live birth and to assess responses to resuscitation maneuvers, and it is an important risk indicator for perinatal morbidity and mortality^{6,7}.

The findings of the study show that the lowest scores in this index, both at the 1st and 5th minutes, are risk factors in the final model for determination of infant mortality, as shown by other recent studies^{1,6,7,23,27}.

These results suggest the need for appropriate and sustained support measures in order to ensure greater survival of newborns with Apgar score below seven in the first and fifth minute of life²³.

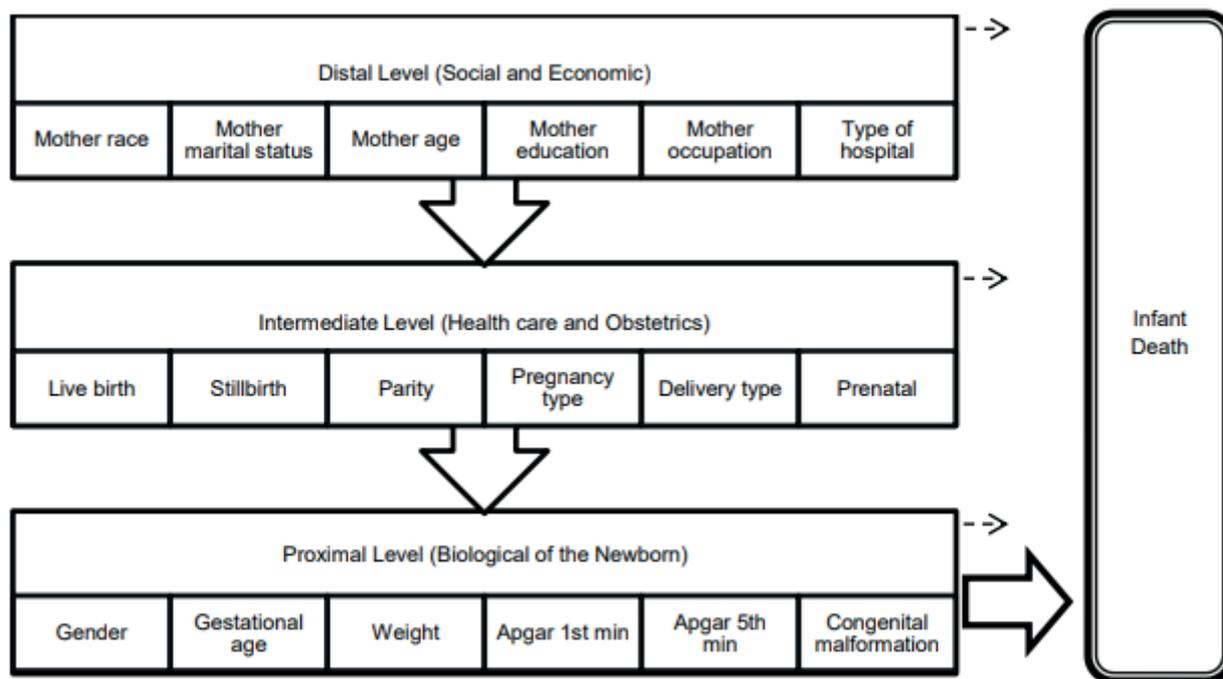
The presence of congenital malformations was shown to be a determinant strongly associated with infant mortality, as reported by studies conducted in Belém (PA), Recife (PE), Porto Alegre (RS), Goiânia (GO) and Foz do Iguaçu (PR)^{7,27}.

In places where there is decreased infant mortality from preventable causes and where there is improvement in the quality of prenatal care, congenital anomalies become the leading cause of infant mortality. A few teratogens affecting Brazilian population have been described, highlighting rubella, acute toxoplasmosis among the infectious diseases in pregnancy, drugs such as thalidomide, radiation therapy and chemotherapy, when their use cannot be prevented during pregnancy; and genetic factors. It is also known that pregnant women aged over 40 years are more likely to have malformed children, compared to younger age groups²⁹.

Keeping prenatal care under conditions to identify potential teratogenic risks is another potential goal to be met, by becoming available examination system capable to identify agents with potential teratogenic risk; and more complex and specific tests, when early identification of birth defects is required. Another factor that could reduce mortality due to congenital malformations is structuring the service network to detect/provide clinical genetic counseling for SUS, in addition to primary care in the identification of families at risk, performing preventive diagnosis and preventing the birth of malformed children³⁰.

In conclusion, it was evidenced that, in addition to biological factors in determining infant mortality, social and economic status and healthcare to the pregnant women and newborn are also important, since they are factors susceptible of change guaranteed by public policies of quality, through increased investment and qualification of health care for prenatal care, childbirth and throughout the neonatal period at local level.

Box 1. Conceptual hierarchical model for the factors associated with infant mortality, Teresina, PI, Brazil.



Source: Santos (2014).

Table 1. List of beds intended to the maternal and child population in Teresina, PI, Brazil.

Description	Existing	SUS	Non-SUS
Neonatology	23	23	0
Neonatal Intermediate Unit	15	5	10
Neonatal Intermediate Care Unit	53	23	30
Neonatal Intensive Care Unit	35	27	8
Clinical Pediatrics	341	279	62
Surgical Pediatrics	18	10	8
Pediatric Intermediate Care Unit	2	2	0
Pediatric Intensive Care Unit	29	22	7
Clinical Obstetrics	77	67	10
Surgical Obstetrics	252	206	46

Source: DATASUS (2014).

Table 2. Categorization of variables, Teresina, PI, Brazil.

Variable	Categories	Categorization
Mother race	White Non-white	White Brown, black, yellow
Mother marital status	With partner No partner	Married, stable relationship Single, widow, legally separated
Mother age	10-19 years 20-34 years ≥ 35 years	10-19 years 20-34 years Higher and equal to 35 years
Mother education	Low Intermediate High	Adjustment between mother's age and education expected for each age group
Mother occupation	With remuneration No remuneration	With remuneration No remuneration
Hospital type	SUS Non-SUS	SUS Non-SUS

Variable	Categories	Categorization
Parity	First time Multiparous	No live birth or still birth in previous pregnancies With 1 or more live births or still births from previous pregnancies
Pregnancy type	Single Multiple	Single Double, triple or more
Delivery type	Vaginal Cesarean	Vaginal Cesarean
Prenatal	Did not perform Inappropriate Appropriate	Correspondence between the number of prenatal visits and gestational age
Gender	Female Male	Female Male
Gestational age	Preterm Term Post-term	Less than or equal to 36 weeks of pregnancy 37-41 weeks of pregnancy Greater than or equal to 42 weeks of pregnancy
Weight	Low weight Normal	Less than or equal to 2499g Greater than or equal to 2500g
Apgar 1st min	0 - 3 4 - 6 7 - 10	Severe asphyxia Moderate asphyxia No asphyxia
Apgar 5th min	0 - 3 4 - 6 7 - 10	Severe asphyxia Moderate asphyxia No asphyxia
Congenital malformation	Yes No	Presence of congenital malformation Absence of congenital malformation

Source: Santos (2014).

Table 3. Hierarchical logistic regression of factors associated with infant mortality, Teresina, PI, Brazil.

Variables	Live Births	Deaths	ORadj (CI 95%)	p-value*
Mother Race				
White	2054	41	1	0,139
Non-white	9418	161	1,20 (0,89 - 1,51)	
Mother Marital Status				
With Partner	10122	146	1	0,266
No Partner	3480	61	1,97 (0,86 - 3,17)	
Mother Age				
10 - 19 Years	2210	49	2,82 (1,69 - 3,20)	<0,001
20 - 34 Years	10293	144	5,11 (3,80 - 6,46)	
≥ 35 Years	1379	14	1	
Mother Education				
Low	2618	48	1,85 (1,43 - 2,32)	<0,001
Intermediate	6566	91	1	
High	4344	65	1,28 (1,10 - 1,47)	
Mother Occupation				
With Remuneration	4451	64	2,03 (1,48 - 2,44)	<0,001
No Remuneration	9125	143	1	
Hospital Type				
SUS	10499	188	1	0,512
Non-SUS	3368	19	1,87 (0,72 - 3,43)	
Parity				
First-time	4750	98	1,43 (1,14 - 1,70)	0,009
Multiparous	6082	109	1	
Pregnancy Type				
Single	13437	192	1	<0,001
Multiple	324	15	2,87 (2,00 - 3,78)	
Delivery Type				

Variables	Live Births	Deaths	ORadj (CI 95%)	p-value*
Vaginal	5782	118	1,84 (1,26 - 2,45)	<0,001
Cesarean	8058	89	1	
Prenatal				
Did not perform	669	9	1,28 (1,11 - 1,51)	0,038
Inappropriate	4797	66	1,12 (1,02 - 1,24)	
Appropriate	7024	99	1	
Gender				
Female	6742	92	1	0,322
Male	7135	114	1,15 (0,78 - 1,46)	
Gestational Age				
Preterm	1462	133	13,88 (7,95 - 20,08)	<0,001
Term	10493	64	1	
Post-term	767	5	1,08 (1,01 - 1,16)	
Weight				
Low Weight	1298	141	12,3 (8,76 - 16,14)	<0,001
Normal	12584	66	1	
Apgar 1st Minute				
0 - 3	180	56	23,12 (17,90 - 28,41)	<0,001
4 - 6	671	50	11,36 (7,15 - 14,97)	
7 - 10	12743	82	1	
Apgar 5th Minute				
0 - 3	58	19	21,80 (16,47 - 27,31)	<0,001
4 - 6	71	26	23,65 (17,89 - 30,59)	
7 - 10	13468	143	1	
Congenital Malformation				
Yes	98	58	42,33 (30,11 - 54,48)	<0,001
No	12498	112	1	
Gestational Age				
Preterm	1462	133	13,88 (7,95 - 20,08)	<0,001
Term	10493	64	1	
Post-term	767	5	1,08 (1,01 - 1,16)	
Weight				
Low Weight	1298	141	12,3 (8,76 - 16,14)	<0,001
Normal	12584	66	1	
Apgar 1st Minute				
0 - 3	180	56	23,12 (17,90 - 28,41)	<0,001
4 - 6	671	50	11,36 (7,15 - 14,97)	
7 - 10	12743	82	1	
Apgar 5th Minute				
0 - 3	58	19	21,80 (16,47 - 27,31)	<0,001
4 - 6	71	26	23,65 (17,89 - 30,59)	
7 - 10	13468	143	1	
Congenital Malformation				
Yes	98	58	42,33 (30,11 - 54,48)	<0,001
No	12498	112	1	

Note: *p= Wald test; CI95% = 95% confidence interval; ORadj = Odds Ratio adjusted; Hosmer and Lemeshow test (p=0.896); Live Birth (N=13882); Deaths (n=207).

Source: Santos (2014).

■ REFERENCES

1. Geib LTC, Fréu CM, Brandão M, Nunes ML. Social and biological determinants of infant mortality in population cohort in the city of Passo Fundo, Rio Grande do Sul State. **Ciênc. Saúde Coletiva** 2010;15(2):363-370.
2. Shetty AK. Global Maternal, Newborn, and Child Health: Successes, Challenges, and Opportunities. **Pediatr Clin North Am** 2016;63(1):1-18.
3. Batista Filho M, Cruz RSBLC. Child health around the world and in Brazil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant** 2015;15(4):451-454.
4. Lisboa L, Abreu DMX, Lana AMQ, França EB. Infant mortality: leading avoidable causes in the central region of Minas Gerais, Brazil, 1999-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde** 2015;24(4):711-720.
5. Lima S, Carvalho ML, Vasconcelos AGG. Proposal for a hierarchical framework applied to investigation of risk factors for neonatal mortality. **Cad. Saúde Pública** 2008;24(8):1910-1916.
6. Santos HG, Andrade SM, Silva AMR, Carvalho WO, Mesas AE. Risk factors for infant mortality in a municipality in southern Brazil: a comparison of two cohorts using hierarchical analysis. **Cad. Saúde Pública** 2012;28(10):1915-1926.
7. Maia LTS, Souza WV, Mendes ACG. Differences in risk factors for infant mortality in five Brazilian cities: a case-control study based on the Mortality Information System and Information System on Live Births. **Cad. Saúde Pública** 2012;28(11):2163-2176.
8. Soares ES, Menezes GMS. Factors Associated with Neonatal Mortality: Situation Analysis at the Local Level. **Epidemiol. Serv. Saúde** 2010;19(1):51-60.
9. Mendes ACG, Lima MM, Sá DA, Oliveira LCS, Maia LTS. The use of the interrelation of data bases to improve information on child mortality in municipalities in the Brazilian State of Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** 2012;12(3):243-249.
10. Oliveira MM, Andrade SSCA, Dimech GS, Oliveira JCG, Malta DC, Rabello Neto DL, et al. Evaluation of the National Information System on Live Births in Brazil, 2006-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde** 2015;24(4):629-640.
11. Santos SLD, Silva ARV, Campelo V, Rodrigues FT, Ribeiro JF. Use of the linkage method to identify the risk factors associated with infant mortality: an integrative review of the literature. **Ciênc. Saúde Coletiva** 2014;19(7):2095-2104.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 jun. 2013.
13. Prefeitura Municipal (Teresina). **Plano Municipal de Saneamento Básico 2016**. Teresina(PI); 2016.
14. Departamento de Informática do SUS. Informações de saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=22&VMun=221100> Acesso em: 05 jun. 2014.
15. Sampaio CEM, Nespoli V. Índice de Adequação Idade-Anos de Escolaridade. **R. Bras. Est. Pedag.** 2004;85(211):137-142.

16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**. Brasília(DF): Editora do Ministério da Saúde; 2013.
17. Prefeitura Municipal (São Paulo). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. **Declaração de Nascido Vivo - Manual de Anomalias Congênitas**. 2ª ed. São Paulo(SP): Secretaria Municipal da Saúde; 2012. 97p.
18. Abreu MNS, Siqueira AL, Caiaffa WT. Ordinal logistic regression in epidemiological studies. **Rev. Saúde Pública** 2009;43(1):183-194.
19. Hosmer D, Lemeshow S. **Applied logistic regression**. 2ª ed. New York: John Wiley & Sons; 2000.
20. Lee HY. Goodness-of-fit tests for a proportional odds model. **Journal of the Korean Data & Information Science Society** 2013;24(6):1465–1475. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.
21. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília(DF) 13 jun 2013;12; Seção 1:59.
22. Nascimento EMR, Costa MCN, Mota ELA, Paim JS. Investigation of risk factors for infant mortality by linking health databases. **Cad. Saúde Pública** 2008;24(11):2593-2602.
23. Silva CF, Leite ÁJM, Almeida NMGS, Gondim RC. Risk factors for infant mortality in a city of northeastern Brazil: linkage between live birth and infant death databases – 2000 to 2002. **Rev Bras Epidemiol**. 2006;9(1):69-80.
24. Mombelli MA, Sass A, Molena CAF, Téston EF, Marcon SS. Risk factors for child mortality in towns of Paraná State (South Brazil), from 1997 to 2008. **Rev. Paul. Pediatr.** 2012;30(2):187-194.
25. Silva CF, Leite ÁJM, Almeida NMGS, Leon ACMP, Olofin I. Factors associated with neonatal death in high-risk infants: a multicenter study in High-Risk Neonatal Units in Northeast Brazil. **Cad. Saúde Pública** 2014;30(2):355-368.
26. Kassir SB, Melo AMC, Coutinho SB, Lima MC, Lira PIC. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. **J. Pediatr. (Rio J.)** 2013;89(3):269-277.
27. Doldan RV, Costa JSD, Nunes MF. Associated Factors and Infant Mortality in the Municipality of Foz do Iguaçu, State of Paraná, Brazil – a Case Control Study. **Epidemiol. Serv. Saúde** 2011;20(4):491-498.
28. Hernandez AR, Silva CH, Agranonik M, Quadros FM, Goldani MZ. Analysis of infant mortality trends and risk factors in Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil, 1996-2008. **Cad. Saúde Pública** 2011;27(11):2188-2196.
29. Jobim R, Aerts D. Avoidable infant mortality and associated factors in Porto Alegre, Southern Brazil, 2000-2003. **Cad. Saúde Pública** 2008;24(1):179-187.
30. Gomes MRR, Costa JSD. Infant mortality and congenital abnormalities in the Municipality of Pelotas, State of Rio Grande do Sul, Brazil: ecologic study in the period 1996-2008. **Epidemiol. Serv. Saúde** 2012;21(1):119-128.

Histerectomia Pós-Parto de emergência em maternidade pública de cuidados de alto risco no estado do Amazonas

| **Lucas Simas de Souza**
UEA

| **Andreia Ferreira de Souza**
UEA

RESUMO

Objetivo: Determinar a incidência, indicações, fatores de risco e complicações associadas com histerectomia pós-parto de emergência (HPPE) em maternidade pública de cuidados de alto risco no Estado do Amazonas. **Métodos:** O estudo foi do tipo descritivo, observacional, corte transversal, por meio de prontuários médicos e de livros de registros de cirurgias foram identificados os casos de histerectomias pós-parto de emergência realizadas no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017. Os dados foram coletados no Hospital da cidade de Manaus-Amazonas. **Resultados:** No período de 2016 a 2017, houve 16.978 partos na cidade de Manaus-Amazonas, 6.873 (40,5%) corresponderam a cesarianas e 10.105 (59,5%) a partos vaginais. Ocorreram 14 casos de histerectomia pós-parto de emergência, representando uma incidência de 0,82\1.000 partos; a indicação mais comum foi atonia uterina 50%, seguida de acretismo placentário 29% e placenta prévia 21%. **Conclusão:** A atonia uterina foi a indicação mais comum de HPPE em nossa Maternidade e nossas taxas de histerectomia após partos cesarianos mostraram-se nove vezes maiores às que se seguiram após um parto vaginal, logo, vemos a importância da adoção de práticas obstétricas de incentivo ao parto vaginal, especialmente após o primeiro parto cesariano, o que poderia minimizar riscos para o parto atual e consequentemente diminuir nossas taxas de HPPE.

Palavras-chave: Histerectomia, Hemorragia Pós-Parto, Parto Normal, Cesárea, Mortalidade Materna.

■ INTRODUÇÃO

A histerectomia pós-parto de emergência (HPPE) é um procedimento operatório que consiste na retirada do útero por via abdominal, realizada após um parto cesariano ou vaginal. É considerada uma cirurgia de grande porte, reservada a situações de ineficácia dos métodos conservadores para controle de hemorragia uterina (CHRISTOPOULOS P *et al.*, 2011; IHAB AS *et al.*, 2014).

Caroli G *et al.*, (2008) apontaram que 2% a 11% dos nascimentos cursam com hemorragias pós-parto, e que existe uma grande variação entre os países, por diferentes cenários de cuidados obstétricos, e que somente nos Estados Unidos (EUA) representam 11% a 13% das mortes maternas. A hemorragia uterina segundo Haeri S e Dildy GA (2012), constitui uma das principais causas de mortalidade materna, a par da pré-eclâmpsia e infecção, responsável por 150.000 óbitos por ano em todo o mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), onde a metade dessas mortes ocorrem no período pós-parto, sendo a maioria nos países em desenvolvimento (MOUSA HA, WALKINSHAW S., 2001; KHAN KS *et al.*, 2006).

Historicamente, foi em 1876, na cidade italiana de Paiva, que Eduardo Porro realizou a primeira histerectomia obstétrica bem-sucedida, em que tanto a mãe quanto a criança sobreviveram, e desde então se tornou um importante procedimento de emergência para controle da hemorragia (TODMAN DEP, 2006).

Mundialmente sua incidência é muito variável, alcança 0,2 casos por 1.000 partos em países desenvolvidos como a Noruega e 6,2 casos por 1.000 partos em países em desenvolvimento como a Nigéria, os Estados Unidos relatam incidência de 0,77 a 2,7 histerectomias por 1.000 partos (OMOLE- OHONSI A; OLAYINKA HT, 2012; OBIECHINA NJ *et al.*, 2012).

Imudia AN *et al.*, (2009), Rossi AC *et al.*, 2010, Cromi A *et al.*, (2016) e Campbell OM *et al.*, (2016) apontaram fatores de risco para histerectomia pós-parto, dentre eles a multiparidade, partos cesáreos repetidos, gestação múltipla, placenta prévia, acretismo placentário, pré-eclâmpsia, idade materna avançada, sangramento anteparto, hemorragia pós-parto, distúrbios hemorrágicos e o uso de tecnologias de reprodução assistida.

Glaze S *et al.*, (2008), observaram que, duas décadas atrás, as indicações mais comuns de HPPE consistiam em atonia uterina e rotura uterina. Recentemente, estudos em Portugal, Estados Unidos, Índia, Turquia, Dubai têm relatado um incremento no número de cesarianas e aumento na taxa de placentação anômala, placenta acreta e placenta prévia, consideradas as causas mais frequentes para o procedimento atualmente, principalmente em países desenvolvidos (ANSHUJA S *et al.*, 2017; ABDULRAZZAQ MT *et al.*, 2018).

Os estudos de Kastner ES *et al.*, (2002); Francois K *et al.*, (2005), Kazi S, (2018) mostraram uma estreita associação de HPPE e significativa morbimortalidade pós-operatória, perdas severas de sangue, risco de terapia transfusional e complicações operatórias.

Yucel O *et al*, (2005); Selo-Ojeme DO *et al*, (2005) reportaram que as complicações mais frequentes após HPPE são a necessidade de grandes transfusões, cuidados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), as coagulopatias (CIVD), lesões de trato urinário, necessidade de reintervenção cirúrgica, hemorragia persistente e morbidade febril.

Ramilo L *et al*, (2015); Friedman AM *et al*, (2016) relataram que no ciclo gestacional a histerectomia deve ser encarada como um procedimento de exceção, mas que não deve ser protelado na vigência de quadros hemorrágicos graves e refratários a condutas conservadoras. Consideram a HPPE um procedimento “salva-vidas” importante no controle da hemorragia pós-parto e fundamental para se evitar a morte materna.

Assim a HPPE é um procedimento utilizado para administrar hemorragias obstétricas com risco de vida e/ou sepse uterina. Em contraste, o aumento global das taxas de cesarianas pode levar a uma maior incidência de patologias placentárias e, portanto, incremento na incidência de histerectomia, e sendo assim, o objetivo foi discorrer e abordar sobre histerectomia pós-parto de emergência em maternidade pública de cuidados de alto risco no Estado do Amazonas.

■ MÉTODOS

O estudo foi do tipo descritivo, observacional, corte transversal por meio de prontuários médicos e de livros de registros de cirurgias foram identificados os casos de histerectomias pós-parto de emergência realizadas no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017.

Os dados foram coletados em um hospital da cidade de Manaus-Amazonas. A unidade possui 143 leitos de Alojamento Conjunto (ALCON); 15 leitos de pré-parto; 6 leitos de parto normal; 5 leitos de UTI materna; 25 leitos de UTI neonatal. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e atendeu às normas da Resolução 466/2012 do Conselho, sob o número de autorização CAAI: 06519619.80000.5016.

Foi solicitado ao comitê a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por se tratarem de dados secundários. A amostra foi composta por 110 prontuários de mulheres que foram submetidas a laparotomia de emergência coletados em um hospital da cidade de Manaus-Amazonas. no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017.

Os Critérios de Inclusão foram: Pacientes submetidas a histerectomias pós-partos de emergência ocorridas na Maternidade, no período de 1 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2017; Pacientes com via de parto vaginal ou cesariana.

E para os critérios de exclusão: Casos em que o preenchimento dos prontuários estava inadequado e /ou danificado pelas condições ambientais e de armazenamento (ilegíveis, ausência de dados ou dados incompletos), além disso as que pacientes que foram submetidas à

HPPE em outra instituição e encaminhada à Maternidade apenas para internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Paciente que foi submetida à HPPE com idade gestacional menor que 22 semanas ou peso do feto menor que 500g.

A incidência de HPPE ocorridas em um hospital da cidade de Manaus-Amazonas, no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017, foi determinada através do número de histerectomias realizadas no período de estudo e o total de partos vaginais e cesarianos ocorridos no mesmo período.

Quanto ao perfil sociodemográfico as variáveis analisadas foram: profissão; escolaridade; estado civil que definimos como solteira (sem companheiro/a) e casada (presença de companheiro/a); idade com corte de 25 anos; cor/raça que definimos como branca, parda e negra e a naturalidade.

Em relação ao perfil clínico-epidemiológico foram analisadas o número de consultas pré-natais; idade gestacional que iniciou o pré-natal; paridade; antecedentes obstétricos; comorbidades associadas; idade gestacional, exame físico e obstétrico no dia de admissão em um hospital da cidade de Manaus-Amazonas. Quanto a identificação dos fatores de risco para HPPE das pacientes que realizaram o procedimento, as variáveis analisadas foram: placenta prévia; acretismo placentário; distúrbios de coagulação; gravidez gemelar; cesariana atual e/ou anterior; hemorragia pós-parto; grande múltipara; iteratividade (3 cesáreas ou mais); distúrbios hipertensivos na gestação (pré-eclâmpsia, hipertensão super ajuntada); idade materna avançada; uso de anticoagulante; descolamento prematuro de placenta; trabalho de parto prolongado e corioamnionite.

Para identificação das causas das hemorragias pós-parto em mulheres que realizaram histerectomia foram analisadas as variáveis: tônus uterino, trauma do canal de parto e/ou útero, tecido placentário e suas características de implantação/retenção, distúrbios de coagulação, anemia na gestação, parto por fórceps, parto induzido, parada de progressão, uso de episiotomia, lacerações de terceiro e quarto graus; para estimar o tempo desprendido para a realização da histerectomia foram utilizados os boletins cirúrgicos e anestésicos e determinação do tempo foi dada em horas e minutos.

Em relação as identificações das complicações pós-operatórias relacionadas a histerectomia de emergência as variáveis analisadas foram: lesão de bexiga, lesão de alça intestinal, lesão de grandes vasos, lesão ureteral, transfusão sanguínea, internação em UTI, necessidade de nova abordagem cirúrgica, sepse, coagulação intravascular disseminada (CIVD), choque hipovolêmico, óbito e outras. Na avaliação do tempo de hospitalização das pacientes histerectomizadas foi feita comparando o tipo de histerectomia realizada se total ou subtotal e o tempo de hospitalização em dias. Para composição de todas as variáveis utilizadas no estudo foi elaborada uma ficha de coleta de dados para registros das informações

existentes nos prontuários físicos e/ou eletrônicos, livros de cirurgias referentes ao período de tempo que compreendeu o referido.

Os dados foram apresentados por meio de gráficos e tabelas através do cálculo das frequências absolutas simples e relativas para os dados categóricos. Na análise dos dados quantitativos, quando se aceitou a hipótese de normalidade por meio do teste de *Shapiro-Wilk*, foi calculada a média e o desvio-padrão (Dp), no entanto, quando rejeitada a hipótese de normalidade, foi calculada a mediana e os quartis Q1(25%) e Q3(75%). Na comparação das médias foi aplicado o teste *t-student* e o *software* utilizado na análise dos dados foi o programa Epi Info versão 7.2 para *windows* que foi desenvolvido e distribuído gratuitamente pelo Centro de Prevenção e Controle de Doenças Norte-Americano – CDC (www.cdc.gov/epiinfo) e o nível de significância fixado nos testes estatísticos foi de 5%.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2016 a 2017, houve 16.978 partos na Maternidade em um hospital da cidade de Manaus- Amazonas, 6.873 (40,5%) corresponderam a cesarianas e 10.105 (59,5%) a partos vaginais. Ocorreram 14 casos de histerectomia pós-parto de emergência, 12 pós-cesarianas e 2 pós-partos vaginais, representando uma incidência de 0,82\1.000 partos (**Tabela 1**). Quando analisados os partos cesarianos (PC) a incidência foi de 1,74\1.000 nascimentos e para partos vaginais (PV) a incidência foi de 0,19\1.000. A incidência de HPPE foi 9,1 vezes maior após o parto cesariano destacados na **Tabela 1**.

Tabela 1. Taxa de partos e histerectomia pós-parto (HPPE) em gestantes submetidas aos procedimentos em uma maternidade de referência no período de 2016 a 2017, Manaus - AM.

TIPO DE PARTO	Nº de partos	Taxa de partos (%)	Nº de HPPE	Taxa de HPPE \ (1000 partos)
CESÁREA	6.873	40,5	12	1,74
VAGINAL	10.105	59,5	2	0,19
TOTAL	16.978	100,0	14	0,82

Fonte: Souza LS, Souza AF, 2016 e 2017.

A idade média das pacientes histerectomizadas foi $27,5 \pm 6,3$ anos (amplitude 17-35), sendo 92,9% das mulheres donas de casa e 7,1% estudantes, quanto a escolaridade 64,3% estudou somente o ensino fundamental e 35,7% chegou ao ensino médio. A procedência das gestantes 42,9% eram da zona rural e 57,1% procedentes de Manaus, o status civil de casada configurou em 57% das grávidas e 42,9% eram solteiras, conforme **tabela 2**.

Tabela 2. Distribuição segundo os dados sociodemográficos das gestantes submetidas a histerectomia em uma maternidade de referência no período de 2016 a 2017, Manaus - AM.

Variáveis (n = 14)	fi	%
Idade (anos)		
< 25	6	42,9
≥ 25	8	57,1
Média ± Dp	27,5 ± 6,3	
Amplitude	17 - 35	
Profissão		
Do lar	13	92,9
Estudante	1	7,1
Escolaridade		
Ensino fundamental	9	64,3
Ensino médio	5	35,7
Estado civil		
Casada	8	57,1
Solteira	6	42,9
Procedência		
Manaus	8	57,1
Zona rural	6	42,9

fi = frequência absoluta simples; Dp = desvio-padrão.

Fonte: Souza LS, Souza AF, 2016 e 2017.

A cesariana foi a indicação de via de parto em 85,7% das mulheres histerectomizadas. As indicações foram: 2 por descolamento prematuro de placenta com evolução para óbito fetal em um dos casos; 3 indicações por iteratividade em que 2 mulheres estavam na quarta cesárea e 1 realizava o procedimento pela sexta vez consecutiva; 2 indicações por apresentação pélvica; 1 por cesariana há menos de dois anos; 1 por pré-eclâmpsia grave em idade gestacional de 33 semanas com placenta prévia total; 1 por falha de indução de trabalho de parto em feto morto de 34 semanas; 1 por macrosomia fetal de 4.490g com diabetes gestacional. As características clínico-epidemiológicas estão demonstradas na **Tabela 3**.

Tabela 3. Distribuição segundo os dados das gestações, partos e abortos das gestantes submetidas a histerectomia em uma maternidade de referência no período de 2016 a 2017, Manaus - AM.

Variáveis (n = 14)	fi	%
Número de gestações		
1	1	7,1
2	2	14,3
3	4	28,6
> 3	7	50,0
Média ± Dp	4,2 ± 2,2	
Amplitude	1 - 8	
Partos normais		
0	6	42,9
1	1	7,1
2	3	21,4
> 2	4	28,6

Variáveis (n = 14)	fi	%
Média ± Dp	1,9 ± 2,4	
Amplitude	0 - 8	
Partos cesáreos		
0	2	14,3
1	4	28,6
2	4	28,6
> 2	4	28,6
Média ± Dp	2,0 ± 1,8	
Amplitude	0 - 6	
Abortos		
0	11	78,6
1	2	14,3
2	1	7,1
Média ± Dp	0,3 ± 0,6	
Indicação cesárea		
Iteratividade	3	21,4
Descolamento Prematuro de Placenta	2	14,3
Apresentação pélvica	2	14,3
Falha de indução	2	14,3
Pré-eclâmpsia	1	7,1
Cesárea a menos de 2 anos	1	7,1
Macrossomia fetal	1	7,1
Nenhuma	2	14,3

Fonte: Souza LS, Souza AF, 2016 e 2017.

Foi observado que 78,6% das mulheres apresentavam pelo menos dois fatores de risco para HPPE. A cicatriz uterina por cesariana anterior presente em 57% dos casos, seguida de multiparidade em 50%, além de acretismo placentário 28,6% e placenta prévia 21,4% descritos na **tabela 4**.

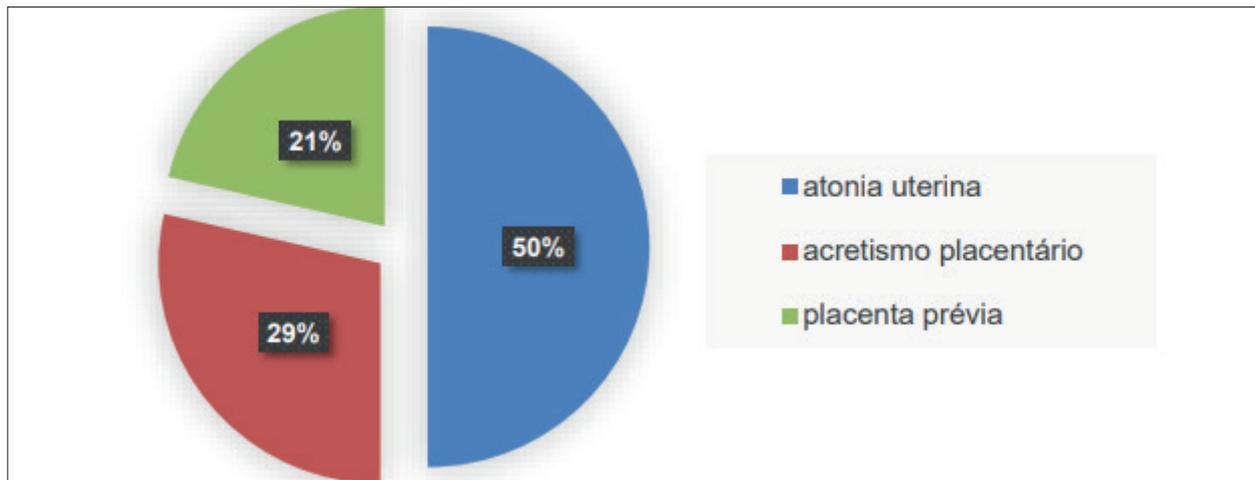
Tabela 4. Distribuição segundo os fatores de risco para HPP, etiologia e medidas de controle hemorrágico nas gestantes submetidas a histerectomia em uma maternidade de referência no período de 2016 a 2017, Manaus - AM.

Variáveis (n = 14)	fi	%
Fatores de risco para HPP		
Grande múltipara	7	50,0
Trabalho de parto prolongado	4	28,6
Placenta acreta	4	28,6
Placenta prévia	3	21,4
Descolamento prematuro de placenta	3	21,4
Iteratividade	3	21,4
Pré-eclâmpsia	3	21,4
Parada de progressão	2	14,3
Anemia gestacional	2	14,3
Retenção placentária	1	7,1
Status do risco para HPP		
Alto risco	9	64,3
Médio risco	2	14,3
Baixo risco	3	21,4

Variáveis (n = 14)	fi	%
Etiologia da HPP		
Tecido	6	42,8
Tônus	8	57,2
Medidas de controle hemorrágico		
HPPE imediata	5	35,7

A indicação mais comum de HPPE foi atonia uterina em 7 casos (50,0%), seguida de acretismo placentário 4 casos (28,6%) e placenta prévia 03 casos (21,4%) (**Gráfico 5**).

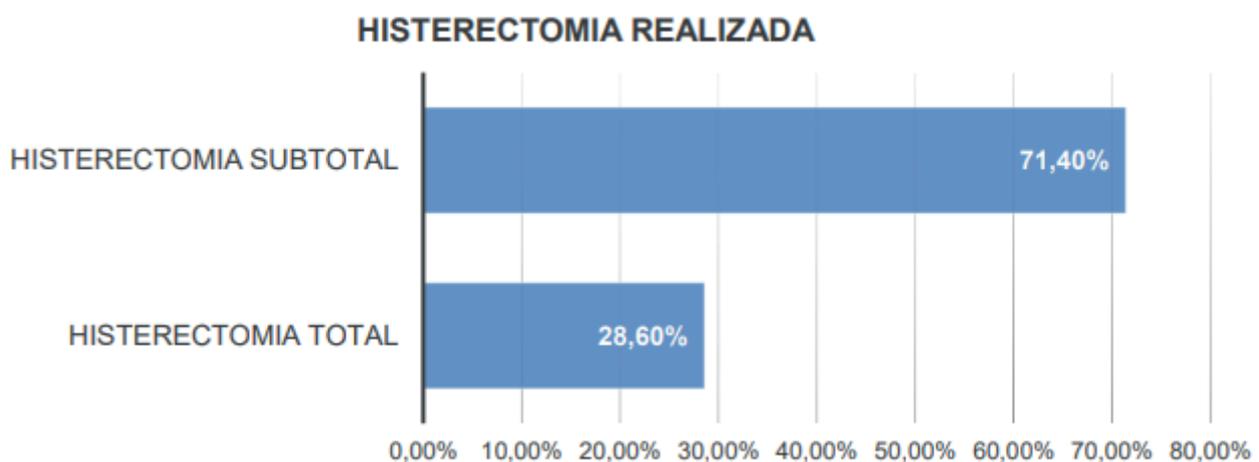
Gráfico 5. Indicações de histerectomias pós-parto de emergênciamaternidade de referência no período de 2016 a 2017, Manaus - AM.



Fonte: Souza LS, Souza AF, 2016 e 2017.

A histerectomia total foi realizada como técnica cirúrgica em 4 mulheres (28,6%) e a subtotal em 10 delas (71,4%). O tempo médio por cirurgia foi de $129,3 \pm 37,3$ minutos, amplitude de 60-180 min; (**Gráfico 6**).

Gráfico 6 . Média de histerectomia realizada em maternidade de referência no período de 2016 a 2017, Manaus - AM.



Fonte: Souza LS, Souza AF, 2016 e 2017.

O estudo demonstrou que as pacientes evoluíram com mais de uma complicação pós-operatória, como necessidade de UTI presente em 100% dos casos; onde 12 mulheres (85,7%) precisaram de terapia transfusional e 7 mulheres (50%) evoluíram com choque

hipovolêmico. Outras complicações observadas foram anexectomia (28%) 4 casos; 3 mulheres (21,4%) precisaram de nova abordagem cirúrgica; 2 mulheres

(14,3%) apresentaram sepse; 2 (14,3%) hematoma subaponeurótico e 1 caso de óbito materno (7,1%) após choque hipovolêmico, descritos na **tabela 7**.

Tabela 7. Distribuição segundo as complicações no pós-operatório, concentrado de hemácias (CH), plasma fresco congelado (PFC) e plaquetas (PLT) nas gestantes submetidas a histerectomia em uma maternidade de referência no período de 2016 a 2017, Manaus - AM.

Variáveis (n = 14)	fi	%
Complicações no pós-operatório		
UTI	14	100,0
Hemotransfusão	12	85,7
Choque hipovolêmico	7	50,0
Anexectomia	4	28,6
Relaparotomia	3	21,4
Sepse	2	14,3
Lesão vesical	2	14,3
Hematoma sub aponeurótico	2	14,3
Óbito	1	7,1
CH		
Média ± Dp	4,8 ± 2,7	
Amplitude	0 - 10	
PFC		
Q1 - Mediana - Q3	0,0 - 0,0 - 2,0	
Amplitude	0 - 4	
PLT		
Q1 - Mediana - Q3	0,0 - 0,0 - 2,0	
Amplitude	0 - 4	

fi = frequência absoluta simples; Dp = desvio-padrão. Concentrado de hemácias (CH), plasma fresco congelado (PFC) e plaquetas (PLT).

Fonte: Souza LS, Souza AF, 2016 e 2017.

O tempo médio de internação hospitalar (DIH) foi de $8,9 \pm 4,1$ dias (mínimo de 1 e máximo de 16 dias). Avaliamos o tempo de internação em relação ao tipo de histerectomia (total e subtotal) chegando a uma média de $9,7 \pm 3,9$ para histerctomia subtotal e de $7,0 \pm 4,2$ para a histerectomia total com p^* de 0,279 para as duas variáveis, já quanto ao tipo de parto (cesariano e vaginal) observou-se que para o tipo de parto cesárea a média foi de $9,4 \pm 4,2$ e para o parto vaginal $6,0 \pm 1,4$ com p^* 0,289 para ambos os partos, descritos na **tabela 8**.

Tabela 8. Comparação dia de internação hospitalar (DIH) em relação ao tipo de histerectomia em gestantes submetidas ao procedimento em uma maternidade de referência no período de 2016 a 2017, Manaus - AM.

Variáveis	Média	DP	p*
Histerectomia			0,279
Subtotal	9,7	3,9	
Total	7,0	4,2	

DP = desvio-padrão; * Teste *t-student*.

Fonte: Souza LS, Souza AF, 2016 e 2017.

A média de partos na Maternidade está em torno de 8.500 por ano. Durante os dois anos do estudo ocorreram 14 histerectomias pós-parto de emergência (HPPE), período em que houve 16.978 partos, correspondendo a uma incidência de 0,82 por 1.000 nascimentos, o que é similar a estudos reportados em Portugal (0,6\1.000) Ramilo L *et al*, (2015), Estados Unidos (0,77\1.000).

A idade materna variou de 17 a 35 anos, com média de idade de 27,5 anos, idade gestacional média de 36,8 semanas e a média de gestações de 4 filhos. Nenhuma paciente estava inserida no mercado de trabalho, 92% delas estudaram apenas ensino fundamental, a metade era procedente da zona rural, o que sugere uma população de baixo nível socioeconômico. A meta-análise de Akker TV, *et al*. (2016) que incluiu 129 estudos sobre HPPE pelo mundo mostrou uma maior prevalência de histerectomia obstétrica de emergência em populações de baixa renda de países em desenvolvimento. No seu estudo a idade média das pacientes (26,2 anos) a idade gestacional média (37 semanas) e o percentual de múltiparas foi semelhante ao que o estudo encontrou.

Um importante estudo de Rossi AC *et al.*, (2010) de 24 artigos, que incluíram 981 casos de HPPE, mostraram que as mulheres com maior fator de risco de histerectomia são as múltiparas, as que tiveram cesariana em uma gravidez anterior ou atual e as que apresentaram placenta anômala, (acreta e/ou prévia). O estudo encontrou fatores de riscos semelhantes. Das 14 mulheres histerectomizadas 12 foram após parto cesariano (78,4%), 8 tinham cicatrizes de cesariana anterior (57%), 7 mulheres eram múltiparas (50%), e 7 gestantes apresentavam placenta anômala (50%).

À medida que o número de cesarianas aumenta, também aumentam as cicatrizes uterinas, expondo assim a grávida a chance maior de ruptura do útero, acretismo placentário, placenta prévia e incidência de HPPE, e isso vem mudando as indicações de histerectomias nas últimas duas décadas, foi o que mostrou um estudo de Flood KM *et al*, (2009) em três hospitais obstétricos de Dublin, onde ocorreram 358 HPPE e a indicação por acretismo placentário aumentou de 5,4% passando para 46,5%.

O acretismo placentário foi responsável por 28,6% das indicações (4) casos de HPPE, a atonia uterina foi a etiologia encontrada em 50% (7) casos, e placenta prévia em 21,4%

(3) casos. Nossas taxas de antecedentes de cesarianas em mulheres submetidas a HPPE são consideradas altas 57%, semelhantes as demonstradas por Ibrahim M *et al*, (2014) e Sahin SL *et al*, (2014) em seus estudos, onde ultrapassavam 50% e 65% respectivamente, porém a nossa maior indicação de HPPE foi por atonia uterina(50%).

Quanto a complicações pós-operatórias a literatura reporta comumente uma maior necessidade de transfusões maciças por perdas hemáticas, necessidade de internação em unidades de terapia intensiva, lesões do trato urinário, coagulação intravascular disseminada CIVD, bem como a necessidade de reabordagem cirúrgica e casos de óbito materno, Selo-Ojeme DO *et al*, (2005); Yucel O *et al*, (2006); Rossi AC *et al*. (2010); Kazi S,(2018).

O estudo identificou em 100% das HPPE a necessidade de internação em UTI como a complicação mais comum, seguida de necessidade de terapia transfusional (85%) e choque hipovolêmico (50%), 3 casos de reabordagem cirúrgica (21,4%), lesão vesical ocorreu em 2 casos (14%) e tivemos 1 óbito materno (7%) por choque hipovolêmico, o que é muito similar aos estudos supracitados. Estudos demonstraram taxas de mortalidade que variaram de 1% a 6%em todo o mundo e que a mortalidade materna após histerectomia foi alta em populações de baixa renda Rossi AC *et al*, (2010). No estudo de Obiechina NJ *et al*, (2018) na Nigéria a taxa de mortalidade pós HPPE encontrada foi de 31%. O estudo de Kazi S (2018), no Paquistão encontrou taxa de mortalidade de 9,3%, na Índia essa taxa foi 7,2% como demonstrou Anshuja S *et al*, 2017. Diante disso foi possível verificar os diferentes níveis de cuidados obstétricos entre os países, ainda que as intercorrências sejam muitas das vezes semelhantes, ainda há significativa diferença em seus percentuais e incidência.

■ CONCLUSÃO

Podemos enfatizar com este estudo a importância de se evitar partos cesáreos desnecessários, especialmente em primíparas, uma vez que nossas taxas de histerectomia após partos cesarianos mostraram-se nove vezes maiores às que se seguiram após um parto vaginal. Igualmente importante é a adoção de práticas obstétricas de incentivo ao parto vaginal, especialmente após o primeiro parto cesariano, o que poderia minimizar riscos para o parto atual, uma vez que partos cesarianos repetidos com exposição do útero a inúmeras cicatrizes podem elevar o risco de placentação anômala e conseqüentemente aumento dos riscos de se evoluir para HPPE.

■ REFERÊNCIAS

1. ABDULRAZZAQ MT, et al. Emergency peripartum hysterectomy in the Dubai health system: A fifteen-year experience. *Turk J Obstet Gynecol.*2018; 15:1-7.
2. AKER TV de et al. Prevalence, indications, risk indicators, and outcomes of emergency peripartum hysterectomy word wide. *Obstet Gynecol, Dez Vol 6, 1281, 2016.*
3. ANSHUJA S, et al. Emergency Peripartum Hysterectomy: Indications and Outcome in a Tertiary Care Setting. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 2017;Mar, Vol-11(3): QC01-QC03.
4. CAMPBELL OM, et al Lancet Maternal Survival Series Steering Group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what Works. *Lancet.* 2006;368 (9543):1284-99.
5. CARROLI G, et al. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2008;22(6):999–1012.
6. CHRISTOPOULOS P, et al. Obstetric hysterectomy: A review of cases over 16 years. *Journal of Obstetrics and Gynaecology, February; 2011; 31(2): 139–141.*
7. CROMI A, et al. Risk of peripartum hysterectomy in births after assisted reproductive technology. *Fertil Steril. E pub Jun ; 2016;106(3):623.*
8. FLOOD KM, et al. Changing trends in peripartum hysterectomy over the last 4 decades. *Am J Obstet Gynecol.* Jun; 2009(6):632.e1-6.
9. FRANCOIS K. Is peripartum hysterectomy more common in multiple gestations. *Obstet Gynecol.* 2005; 105:1369-2.
10. FRIEDMAN AM, et al. Population-based risk for peripartum hysterectomy during low-and moderate-risk delivery hospitalizations. *Am J Obstet Gynecol.* 2016; 215(5):640.
11. GLAZE S, et al. Peripartum hysterectomy: 1999 to 2006. *Obstet Gynecol* 2008.
12. HAERI S, DILDY GA. Maternal mortality from hemorrhage. *Semin Perinatol* 2012;36(1):48–55.
13. IBRAHIM M. Incidence, indications, and predictors of adverse outcomes of postpartum hysterectomies: 20- year experience in a tertiary care centre. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada.* Jan, Vol 36:14-20, 2014.
14. IHAB SA, et al. Incidence of emergency peripartum hysterectomy in Ain-shams University Maternity Hospital, Egypt: a retrospective study. *Arch Gynecol Obstet.* May 2014.
15. IMUDIA NA, et al. Incidence, trends, risk factors, indications for, and complications associated with cesarean hysterectomy: a 17-year experience from a single institution. *Arch Gynecol Obstet.* 2009; 280:619.
16. KASTNER ES, et al. Emergency peripartum hysterectomy: experience at a community teaching hospital. *Obstet Gynecol* 2002; 99:971-5.
17. KAZI S. Emergency peripartum hysterectomy: A great obstetric challenge. *Pak J Med Sci.* 2018;34(6):1567-1570.
18. KHAN KS, et al. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006;367 (9516):1066– 1074.

19. MOUSA HA, WALKINSHAW S. Major postpartum haemorrhage. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2001;13(6):595–603.
20. OBIECHINA NJ, et al. Emergency peripartum hysterectomy in Nnewi, Nigeria: a 10-years review. *Niger J Clin Pract.* 2012; 15(2):168–171.
21. OMOLE-OHONSI A, OLAYINKA HT. Emergency peripartum hysterectomy in a developing country. *J Obstet Gynaecol Can.* 2012;34(10):954-60.
22. RAHMAN J, et al. Emergency obstetric hysterectomy in a university hospital: A 25-year review. *J Obstet Gynaecol.* 2008;28(1):69-72.
23. RAMILO L, et al. Histerectomia pós-parto: revisão de 15 anos. *Acta Obstet Ginecol Port;* 2015;9(1):16-22.
24. ROSSI AC, et al. Emergency postpartum hysterectomy for uncontrolled postpartum bleeding: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2010;115(3):637.
25. SAHIN SL et al. Emergency peripartum hysterectomy: our 12-years experience. *Arch Gynecol Obstet* 2014;289(5):953-958.
26. SELO-OJEME DO, et al. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary London hospital. *Arch Gynecol Obstet* 2005;271(2):154–159.
27. TODMAN DEP (1842 – 1902) and the Development of Caesarean Section: A Reappraisal. *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics.* Vol. 7 Number 2. 2006.
28. YUCEL O, et al. Emergency peripartum hysterectomy: a 9-year review. *Arch Gynecol Obstet* 2006;274(2):84–87.

Ansiedade e depressão pós-parto e sua relação com variáveis gestacionais e estilo de vida da puerpera: um referencial teórico

| **Racire Sampaio Silva**
UVV

| **Hudson José Cacao Barbosa**
UVV

| **Vania Paula Damasceno Ribeiro**
UVV

| **Marcio Fronza**
ICCA/UVV

RESUMO

A gestação é considerada um período de intensas mudanças, não apenas físicas e hormonais, mas também psicossociais, as quais são influenciadas por diversos fatores e que se expressam de diferentes maneiras em cada mulher. A saúde mental da mulher pode ser considerada um fator de risco para a gestação, sendo caracterizada, segundo os critérios de estratificação de risco gestacional como risco intermediário o transtorno depressivo ou a ansiedade leve, como alto risco a doença psiquiátrica grave como a psicose, depressão grave e transtorno bipolar. Nesse sentido, a equipe de saúde deve estar empenhada na identificação dos fatores envolvidos saúde mental da mulher, e em todo o acompanhamento da gestante, desde a primeira avaliação no pré-natal até o puerpério, já que são condições que podem trazer risco para a mãe e o bebê.

Palavras-chave: Saúde Mental Materna, Depressão Pós-Parto, Ansiedade.

■ INTRODUÇÃO

Os problemas de saúde mental materna são considerados um grande desafio para saúde pública em todo mundo. Gestantes podem apresentar uma gama de problemas de saúde mental na gravidez e após o nascimento do bebê como a depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, psicose pós-parto, transtorno de pânico e fobias. Nesse sentido, destaca-se a importância de as equipes de saúde, envolvendo diferentes profissionais, estarem empenhadas na identificação dos fatores envolvidos na saúde mental perinatal, uma vez que este período da gestação e pós-parto são considerados momentos críticos para saúde das mulheres e dos seus bebês. Além disso, este período é fundamental para o estabelecimento e formação do vínculo e para o desenvolvimento infantil (MATOS *et al.*, 2020).

Compreende-se que a realização de um pré-natal adequado, com acolhimento e humanização, seja de extrema importância para prevenir complicações psicológicas na gestação, garantindo um preparo físico e psicológico para o parto e a maternidade, com a atuação do psicólogo para abordar questões próprias dessa fase, que vão além dos aspectos biológicos. As intervenções comportamentais, como adesão à atividade física e à alimentação equilibrada nutricionalmente, são necessárias para promover melhora do humor e qualidade de vida (ALTAZAN *et al.*, 2019). A atenção integral à gestante e puérpera se faz necessária no sentido de promover saúde, bem-estar, um estilo de vida saudável, segurança, prevenção de complicações, bem como acolhimento da família, que também deve estar envolvida nesse processo (HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017). Importante se faz perceber que, apesar de frequente e importante, este assunto ainda é um tabu em algumas culturas que veem o ato do nascimento de uma nova vida como fonte somente de alegria, mas que tem influências muito maiores do que se imaginam.

Diante destes fatos, neste capítulo iremos abordar os principais referenciais teóricos relacionados aos fatores envolvidos na saúde mental da mulher durante o processo de gestação e puerpério para que esses obstáculos sejam prontamente identificados e que possa haver uma proposta de solução rápida.

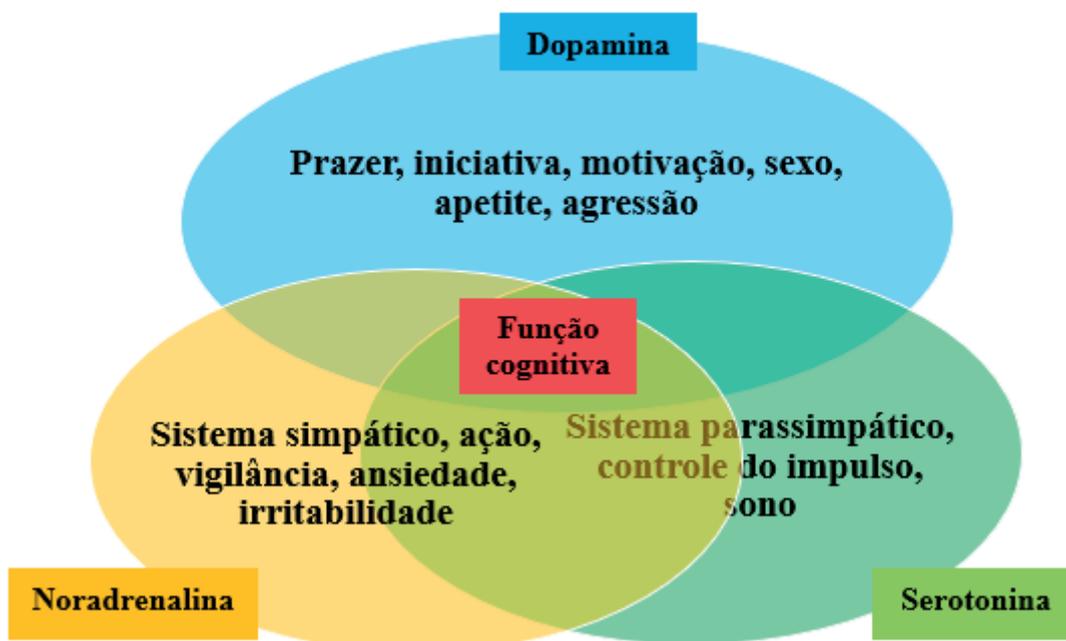
■ DESENVOLVIMENTO

O período pós-parto é envolvido por uma série de mudanças na estrutura familiar, além de mudanças no equilíbrio de hormônios maternos. Ocorrem variações neuroendócrinas em vários hormônios, entre os quais o cortisol, estrogênio, progesterona, ocitocina, prolactina, melatonina e hormônio tireoideano, sendo a terapia hormonal um dos aspectos que podem ser abordados na terapêutica, além de fenômenos epigenéticos (por exemplo,

metilação do DNA) e alterações genéticas como susceptibilidade a eventos depressivos (TRIFU; VLADUTI; POPESCU, 2019).

No pós-parto imediato, a queda importante da progesterona, principal hormônio da gestação, que só volta ser secretado pelo ovário quando se iniciam os ciclos ovulatórios, é um dos fatores envolvidos na gênese da Depressão Pós-Parto (DPP) devido à queda do seu metabólito alopregnanolona que reduz a irritabilidade a nível cerebral. O organismo feminino se adapta a níveis mais baixos de estradiol no pós-parto para favorecer a lactação. Um fato conhecido é que o estradiol pode facilitar a transmissão serotoninérgica melhorando a síntese e/ou diminuindo recaptação de serotonina, aliviando assim sintomas de depressão. Entre alta produção de prolactina, baixa de estradiol, ausência de progesterona, potencialmente menor dopamina e variações nos hormônios da tireoide, não é incomum que esses desequilíbrios produzam um importante impacto psicológico (TRIFU; VLADUTI; POPESCU, 2019) (Figura 1).

Figura 1. Neurotransmissores envolvidos no desenvolvimento da Depressão Pós-Parto.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Durante a gestação existem relações entre 3 atores: a mãe, o feto e a placenta, todos produzindo hormônios, provocando alterações que podem atingir níveis que mimetizam hipertireoidismo, adenoma de hipófise, doença de Cushing ou Diabetes *mellitus*, sendo estes associados com distúrbios psiquiátricos (TRIFU; VLADUTI; POPESCU, 2019). Em pacientes com hipotiroxinemia podem acontecer sintomas depressivos e alterações do sono, sendo esta relacionada com ideação suicida (POP *et al.*, 2019). Na figura 2 estão sintetizados alguns fatores importantes no desenvolvimento da Depressão Pós-Parto (DPP).

Figura 2. Fatores envolvidos no desenvolvimento de depressão pós-parto.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Como se não bastasse a constelação hormonal neste período, fatores psicossociais também concorrem para o desenvolvimento de alterações psiquiátricas. A gestação é um período de intensas mudanças, não apenas físicas e hormonais, mas também psíquicas, que são influenciadas por diversos fatores e que se expressam de maneiras diferentes em cada mulher influenciados por fatores intrínsecos e extrínsecos. Entre os fatores intrínsecos, como a atividade (hiper ou hipo) do eixo hipotálamo-pituitário-adrenal (HPA), que causa alterações do humor e sintomas depressivos por alterar as funções endócrinas reguladoras de todo o organismo, desde o metabolismo energético até o sistema imune (SANTOS; CALHEIROS; SILVA, 2021) muitos fatores estão envolvidos nos padrões emocionais apresentados pela puérpera.

Dos fatores extrínsecos, tem-se o desejo e aceitação da gravidez, a presença do pai do bebê, as transformações no próprio corpo, o abortamento ou morte fetal em gestações anteriores, a faixa etária, as condições socioeconômicas, a existência de doenças crônicas, a privação do sono e a falta de uma rede de apoio, os quais influenciam na forma como a mulher se sente e se comporta diante dessa situação, podendo despertar nela preocupações e estresse que irão interferir em sua saúde, na saúde do bebê e no vínculo entre mãe e filho (FERREIRA, 2019).

Assim como os fatores já citados, o estilo de vida é um fator de risco importante para a saúde da gestante e da puérpera. O excesso de peso, tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada e o uso de drogas estão associados a maiores possibilidades de morbidade ou mortalidade. Dessa forma, o estilo de vida também pode influenciar na saúde mental e humor da mulher durante a gestação e puerpério (ALMEIDA; PORTUGAL; ASSIS, 2020).

Neste contexto, a saúde mental da mulher pode ser considerada um risco para a gestação, sendo caracterizada, segundo os critérios de estratificação de risco gestacional, como risco intermediário o transtorno depressivo ou a ansiedade leve, e como alto risco a doença psiquiátrica grave, como psicose, depressão grave e transtorno bipolar. Portanto, é extremamente importante que as equipes dos serviços de saúde estejam preparadas e atentas para saber identificar as mulheres que precisam de apoio e tratamento, a fim de prevenir o impacto desses problemas de saúde mental a longo prazo já que são condições que podem trazer risco para a mãe e o bebê (MATOS *et al.*, 2020).

As mudanças emocionais no ciclo gravídico-puerperal fazem com que cerca de 80% das mulheres desenvolvam alterações no humor, especialmente algum sintoma depressivo. Entre estas síndromes, encontra-se o “Baby Blues” que pode ser encontrado em cerca de 50% das puérperas, sendo que cerca de 10% delas podem evoluir para DPP (SARLI; IFAYANTI, 2018).

O medo, a insegurança, a ansiedade, a irritabilidade e a depressão são muito comuns nas gestantes e puérperas de todas as idades, mas, a depender da idade, apresentam algumas distinções. Nas mulheres mais novas as alterações de humor estão associadas à imaturidade afetiva, falta de estabilidade financeira, necessidade de assumir papel de maior responsabilidade e pensamento sobre ser impedida de aproveitar sua juventude. Já nas mulheres mais velhas, principalmente após os 34 anos, estão associados à preocupação com a saúde, a possibilidade de complicações obstétricas e perinatais, e até mesmo aos julgamentos de terceiros quanto à idade para a maternidade (TEIXEIRA *et al.*, 2021).

Para além desses fatores, os escores de qualidade de vida já se mostram menores entre as gestantes e puérperas do que nas mulheres da população em geral, de forma que a qualidade de vida diminui e os sintomas depressivos aumentam ao longo do ciclo gravídico-puerperal (MOURADY *et al.*, 2017). O maior ganho de peso gestacional tem sido associado à piora do humor e da qualidade de vida no início da gravidez até o final, e ainda, outros fatores relacionados ao estilo de vida, como tabagismo, sedentarismo, baixa prática de atividade física, insônia, e uso diário excessivo de telefone, têm se mostrado significativamente associados à diminuição de diversos domínios da qualidade de vida, bem como ao desenvolvimento da depressão durante a gestação e puerpério (VERSELE *et al.*, 2021).

Todo esse contexto propicia a mulher a desenvolver algum transtorno mental levando-a a abandonar o autocuidado e a adotar comportamentos como uso e abuso de drogas lícitas ou ilícitas, alimentação pouco saudável, não adesão ao pré-natal e baixa afetividade para com o bebê. Além disso, causa no feto fatores estressantes que podem promover complicações intrauterinas e serem até mesmo fatais. Sabe-se que a presença de depressão, ansiedade ou

outro transtorno psíquico na gestante e puérpera pode afetar o desenvolvimento do bebê tanto na infância, quanto na adolescência e vida adulta (SANTOS; CALHEIROS; SILVA, 2021).

Sabe-se que os transtornos de ansiedade são mais comuns em puérperas do que na população em geral, com estimativas de sua incidência durante os primeiros 6 meses de pós-parto variando de 6,1% a 27,9% (ALI, 2018). Entre as principais causas estão a ansiedade pré-natal, doenças psiquiátricas prévias, relacionamento conjugal problemático, eventos estressantes da vida, atitude negativa em relação à gravidez e falta de apoio social. Estudo realizado no Brasil com 23.894 puérperas indicou incidência de 26,3% de DPP entre 6 e 8 meses após o nascimento, e identificou fatores de risco sociodemográficos e individuais significativos, como cor da pele parda, classe econômica mais baixa, alcoolismo e transtornos mentais passados. Fatores obstétricos significativos foram gravidez não planejada, multiparidade e cuidados precários durante o parto ou no recém-nascido (THEME FILHA *et al.*, 2016). Estudo realizado recentemente com 227 puérperas na Região Metropolitana de Vitória, no Espírito Santo, demonstrou relação significativa entre ansiedade e depressão pós-parto, independentemente de outros fatores, com aumento de 273 vezes a chance de desenvolver depressão pós-parto em mulheres com alta ansiedade e de 17,38 vezes entre mulheres com média ansiedade (SILVA *et al.*, 2019).

Não há consenso na literatura sobre o tempo de ocorrência e duração da DPP. Alguns estudos consideram que seu início ocorre logo após o nascimento, enquanto outros determinam que a depressão pós-parto começa de duas semanas a quatro meses após o parto, geralmente atingindo sua intensidade máxima nos primeiros seis meses (WANG *et al.*, 2017). Uma revisão sobre esse tópico sugere variações de 0 a 3 meses após o nascimento e até 6 meses e indica a necessidade de uma maior uniformidade nas informações entre os pesquisadores (MORAES *et al.*, 2017).

Em mulheres com doenças mentais no período gravídico puerperal a ideação suicida pode ser uma das manifestações da DPP, e mesmo em mulheres sem diagnóstico anterior de alguma doença mental ou algum fator de risco identificado podemos encontrar a ideação suicida presente em seus relatos e frequentemente é uma queixa pouco valorizada por nossos sistemas de saúde (ARACHCHI *et al.*, 2019). Estudo recente, investigando dados antropométricos encontrou relação estatisticamente significativa entre a relação cintura-quadril e o elevado risco de ideação suicida entre gestantes (NAYAK; NACHANE, 2020). Naquelas gestantes com doenças mentais onde há história de automutilação foi encontrado maior risco de suicídio após o parto (JOHANNSEN *et al.*, 2019).

■ CONCLUSÃO OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da problemática relacionada a identificação dos múltiplos fatores internos e externos envolvidos nos problemas de saúde mental materna no período perinatal e logo após o parto, enalteçemos a importância e necessidade do acompanhamento pelas equipes de saúde dessa mulher afim de evitar e minimizar os possíveis agravos a saúde da mãe e da criança.

O período do puerpério é uma grande transição de uma mulher que é o centro das atenções quando grávida para alguém que auxilia uma nova vida, uma mãe de recém-nascido! Estas mudanças repentinas podem trazer reconstruções que em muitos aspectos podem conduzir a mulher a um lugar de conflitos, onde os problemas psiquiátricos podem aflorar. Cabe aos profissionais de saúde, cientes deste momento crucial, empreender esforços para que estas alterações sejam prontamente reconhecidas e acolhidas.

As alterações hormonais, os conflitos internos, a presença do recém-nascido, assumir um novo lugar na sociedade podem envolver a mulher num turbilhão de sentimentos que nem sempre levam a um lugar feliz e tranquilo. Estas mudanças podem conduzir ao local sombrio da depressão pós-parto, condição muitas vezes negligenciada, mas que interfere no desenvolvimento da criança além de trazer consequências para a relação entre mãe e filho.

A inclusão do apoio psicológico no período pré-natal não pode mais ser encarada como um benefício para a gestante, mas sim um suporte fundamental que se equipara ao apoio médico, nutricional, odontológico, fisioterapêutico e de enfermagem, sendo desta forma encarado como parte do serviço de atenção básica direcionado à gestante e puérpera com vistas à melhora do atendimento ao binômio mãe-filho.

Esperamos que estes apontamentos possam fazer surgir em nosso meio um novo modelo de atenção à gestante e puérpera, evidenciando a busca de fatores de risco possíveis de serem evitados para que o acolhimento se faça e sejam reduzidas as consequências a longo prazo deste agravo para a saúde da mãe e do bebê.

■ AGRADECIMENTOS E/OU FINANCIAMENTO

Os autores agradecem ao apoio financeiro concedido pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES) através do Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS pelos editais FAPES/CNPq/Decit-SCTIE-MS/SESA nº 03/2018 e 09/2020.

■ REFERÊNCIAS

1. ALI, Elena. Women's experiences with postpartum anxiety disorders: a narrative literature review. **International Journal of Women's Health**, vol. Volume 10, p. 237–249, May 2018. DOI 10.2147/IJWH.S158621. Available at: <https://www.dovepress.com/womens-experiences-with-postpartum-anxiety-disorders-a-narrative-liter-peer-reviewed-article-IJWH>.
2. ALMEIDA, Milene de Oliveira; PORTUGAL, Thainá Magalhães; ASSIS, Thais Josy Castro Freire de. Pregnant women and COVID-19: isolation as a physical and psychic impact factor. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, vol. 20, no. 2, p. 599–602, Jun. 2020. DOI 10.1590/1806-93042020000200015. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292020000200599&tlng=en.
3. ALTAZAN, Abby D.; REDMAN, Leanne M.; BURTON, Jeffrey H.; BEYL, Robbie A.; CAIN, Loren E.; SUTTON, Elizabeth F.; MARTIN, Corby K. Mood and quality of life changes in pregnancy and postpartum and the effect of a behavioral intervention targeting excess gestational weight gain in women with overweight and obesity: A parallel-arm randomized controlled pilot trial. **BMC Pregnancy and Childbirth**, vol. 19, no. 1, p. 1–12, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2196-8>.
4. ARACHCHI, Nimna Sachini Malawara; GANEGAMA, Ranjan; HUSNA, Abdul Wahib Fathima; CHANDIMA, Delo Lashan; HETTIGAMA, Nandana; PREMADASA, Jagath; HERATH, Jagath; RANAWEERA, Harindra; AGAMPODI, Thilini Chanchala; AGAMPODI, Suneth Buddhika. Suicidal ideation and intentional self-harm in pregnancy as a neglected agenda in maternal health; An experience from rural Sri Lanka. **Reproductive Health**, vol. 16, no. 1, p. 1–7, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0823-5>.
5. FERREIRA, Thais Helena. Os Aspectos Psicológicos Da Mulher : **Ces Revista**, vol. 33, no. 2, p. 202–18, 2019. .
6. HARTMANN, Juliana Mano; MENDOZA-SASSI, Raul Andrés; CESAR, Juraci Almeida. Postpartum depression: prevalence and associated factors. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 33, no. 9, p. 1–10, 9 Oct. 2017. DOI 10.1590/0102-311x00094016. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000905013&lng=pt&tlng=pt.
7. JOHANNSEN, Benedicte Marie; LARSEN, Janne Tidselbak; LAURSEN, Thomas Munk; AYRE, Karyn; HOWARD, Louise M.; MELTZER-BRODY, Samantha; BECH, Bodil Hammer; MUNK-OLSEN, Trine. Self-harm in women with postpartum mental disorders. **Psychological Medicine**, p. 1–7, 2019. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001661>.
8. MATOS, Ana Luiza Vellozo da Paz; GIULIANI, Elsa G J; VIEIRA, Graciete Oliveira; CHENCINSKI, Yechiel Moises. Aleitamento Materno em tempos de COVID-19 – recomendações na maternidade e após a alta. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, no. 22, p. 1–8, 2020.
9. MORAES, Gustavo Paranhos de Albuquerque; LORENZO, Laura; PONTES, Gabriela Arruda Reinaux; MONTENEGRO, Maria Cristina; CANTILINO, Amaury. Screening and diagnosing postpartum depression: when and how? **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, vol. 39, no. 1, p. 54–61, 2017. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0034>.
10. MOURADY, Danielle; RICHA, Sami; KARAM, Rita; PAPA ZIAN, Tatiana; MOUSSA, Fabienne Hajj; EL-OSTA, Nada; KESROUANI, Assaad; AZOURI, Joseph; JABBOUR, Hicham; HAJJ, Aline; KHABBAZ, Lydia Rabbaa. Associations between quality of life, physical activity, worry, depression and insomnia: A cross-sectional designed study in healthy pregnant women. **PLoS ONE**, vol. 12, no. 5, p. 1–15, 2017. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178181>.

11. NAYAK, Ajita; NACHANE, Hrishikesh. Maternal anthropometric determinants as risk markers of suicidality and severity of illness in women with postnatal depression. **Journal of Postgraduate Medicine**, vol. 66, no. 1, p. 11, 2020. DOI 10.4103/jpgm.JPGM_541_18. Available at: <http://www.jpgmonline.com/text.asp?2020/66/1/11/274718>.
12. POP, Victor J.; ORMINDEAN, Vlad; MOCAN, Andreia; MEEMS, Margreet; BROEREN, Maarten; DENOLLET, Johan K.; WIERSINGA, Wilmar M.; BUNEVICIUS, Adomas. Maternal cognitive function during pregnancy in relation to hypo- and hyperthyroxinemia. **Clinical Endocrinology**, vol. 91, no. 6, p. 824–833, 2019. <https://doi.org/10.1111/cen.14107>.
13. SANTOS, Maria Eysianne Alves; CALHEIROS, Monique Silva; SILVA, Lucas Kayzan Barbosa da. Transtornos Mentais na gestação: revisão integrativa. **Diversitas Journal**, vol. 6, no. 2, p. 2382–2394, 2021. <https://doi.org/10.17648/diversitas-journal-v6i2-1355>.
14. SARLI, Desi; IFAYANTI, Titin. Baby Blues Screening on Post-Partum Mother By Comparing Epds and Phq-9 Methods for Health-Care Service and Public Applications in Lubuk Buaya Community Health Care Padang City, Indonesia. **Malaysian Journal of Medical Research**, vol. 2, no. 2, p. 75–79, 2018. <https://doi.org/10.31674/mjmr.2018.v02i02.011>.
15. SILVA, Racire Sampaio; JUNIOR, Romildo Azevedo; SAMPAIO, Veronica Secchin; RODRIGUES, Katrynni Oliveira; FRONZA, Marcio. Postpartum depression: a case-control study. **Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, p. 1–6, 3 Oct. 2019. DOI 10.1080/14767058.2019.1671335. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2019.1671335>.
16. TEIXEIRA, Mayara Gonçalves; CARVALHO, Cláudia Maria Sousa de; MAGALHÃES, Juliana Macêdo; VERAS, Juscélia Maria de Moura Feitosa; AMORIM, Fernanda Cláudia Miranda;; JACOBINA, Pabline Kaiane Ferreira. Detecção precoce da depressão pós-parto na atenção básica. **J. nurs. health.**, vol. 11, no. 2, 2021.
17. THEME FILHA, Mariza Miranda; AYERS, Susan; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; LEAL, Maria Do Carmo. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. **Journal of Affective Disorders**, vol. 194, p. 159–167, Apr. 2016. DOI 10.1016/j.jad.2016.01.020. Available at: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032715306789>.
18. TRIFU, Simona; VLADUTI, A.; POPESCU, A. The neuroendocrinological aspects of pregnancy and postpartum depression. **Acta Endocrinologica**, vol. 15, no. 3, p. 410–415, 2019. <https://doi.org/10.4183/aeb.2019.410>.
19. VERSELE, Vickà; STOK, F. Marijn; AERENHOUTS, Dirk; DEFORCHE, Benedicte; BOGAERTS, Annick; DEVLIEGER, Roland; CLARYS, Peter; DELIENS, Tom. Determinants of changes in women's and men's eating behavior across the transition to parenthood: a focus group study. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, vol. 18, no. 1, p. 1–18, 2021. <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01137-4>.
20. WANG, Yue Yun; LI, Hui; WANG, You Jie; WANG, Hong; ZHANG, Yan Ru; GONG, Lin; MA, Jian; WANG, Yan; WANG, Ming Zhen; QIU, Shi Xian; YUAN, Shi Xin. Living with parents or with parents-in-law and postpartum depression: A preliminary investigation in China. **Journal of Affective Disorders**, vol. 218, p. 335–338, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.052>.

Grupo de gestantes de alto-risco como estratégia de educação em saúde

| **Francisca Liduina Cavalcante Alves**
UFC

| **Elaine Meireles Castro**
UFC

| **Flávia Keli Rocha Souza**
UFG

| **Maria Cleene Pereira de Sousa Lira**
UFC

| **Francisca Leonilda Sampaio Rodrigues**
UFC

| **Lívia de Paulo Pereira**
UFC

RESUMO

Objetivo: Compreender a importância do grupo no processo de cuidado de enfermagem as gestantes de risco. **Métodos:** Estudo qualitativo, descritivo realizado na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, de fevereiro a março/2017, através de grupos focais com 24 gestantes internadas. Dados submetidos à análise de conteúdo e as ideias relevantes dos discursos foram extraídas, formando categorias. **Resultados:** Construíram três categorias: Grupos interativos como espaço de vínculo e convivência, Estratégia educativa como abordagem das boas práticas do parto/nascimento, Repercussão da experiência do grupo no fortalecimento do vínculo entre equipe de saúde e gestante. Os grupos promovem partilha de experiência, aprendizado e reflexão sobre as possibilidades e limitações do processo saúde-doença, reduzindo a ansiedade e contribuindo para o empoderamento na tomada de decisões. **Conclusão:** As considerações das gestantes nortearam a equipe no desenvolvimento do grupo e efetivá-lo como espaço estratégico de cuidados, ampliação do conhecimento e relação de confiança, impactando na qualidade da assistência.

Palavras-chave: Gravidez de Alto Risco, Cuidados de Enfermagem, Educação em Saúde, Saúde da Mulher.

■ INTRODUÇÃO

O processo gestacional é um momento de alterações fisiológicas, psicológicas, econômicas, educacionais e familiares que, na maior parte dos casos, tem sua evolução sem intercorrências (GUIDA *et al.*, 2017). Entretanto, existem gestantes que desenvolvem patologias associadas à gestação, caracterizando-as gravidez de alto risco, pois há risco de vida para a mãe e/ou feto quando comparada as da média da população considerada (BRASIL, 2001).

Assim, torna-se importante a atenção à saúde da mulher durante o processo gravídico, mesmo com gestantes consideradas de “baixo risco”, atentando sempre ao aparecimento ou agravamento das complicações. As condições que classificam o risco gravídico envolvem tanto as condições clínico-obstétricas quanto aos aspectos psicoemocionais com o propósito de compreender o risco potencial, requerendo adaptações físicas e psicológicas e atenção especializada (MARTINELLI *et al.*, 2014). Nesse processo de cuidado, o enfermeiro se destaca pelo seu protagonismo, sendo capaz de identificar fatores que interfiram no processo educativo.

Visando a melhoria na assistência a essas gestantes, o Ministério da Saúde desenvolveu políticas de atenção à mulher como o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher como medidas preventivas dos altos índices de morbimortalidade materna (BRASIL, 2001; LEAL *et al.*, 2016). Recentemente, o Ministério da Saúde instituiu a estratégia Rede Cegonha que consiste numa rede de cuidados visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto, ao puerpério e ao abortamento, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (GUERRA *et al.*, 2016).

Sendo assim, a enfermagem dentro do contexto do cuidado protagoniza uma assistência direta por estar mais próxima da paciente por meio da prática assistencial e sistemática, de forma abrangente e holística, utilizando-se de práticas multidisciplinares que viabilizam a organização do serviço, constituindo seu fazer em diversas ações (STELLENBERG; NGWEKAZI, 2016).

Dessa forma, a enfermagem tem um papel fundamental na rotina dessas mulheres com o dever de orientar, assistir e apoiar, utilizando uma linguagem simples e que possa contribuir para o processo psicoemocional. O reconhecimento do processo saúde-doença com relação às formas alternativas de produção do cuidado de enfermagem pode se dar pela adoção de tecnologias de trabalho pensadas como estratégias criativas e inovadoras (SILVA *et al.*, 2016; BARRETO *et al.*, 2016).

Assim, os grupos de educação em saúde consistem em um instrumento terapêutico de fácil aprofundamento de discussões, ampliação dos conhecimentos e condução do processo

de educação em saúde. Além disso, promove um relacionamento de confiança entre a gestante e a equipe de enfermagem, propiciando um ambiente acolhedor e seguro (SOUZA; ARAÚJO; COSTA, 2016).

Essas considerações permitem refletir sobre o atendimento que está sendo oferecido à gestante, para que se possa aproximar o máximo possível de uma prática humanizada e de qualidade, por meio de um processo de cuidar sistemático, individual e contextualizado, requerendo uma efetiva comunicação. Diante disso, surgem os seguintes questionamentos: A implantação do grupo de gestante contribui para o processo de cuidado da equipe de enfermagem com as gestantes de risco?

Espera-se que o compartilhamento dos resultados alcançados nesse estudo possa nortear os enfermeiros na edificação de uma atenção “diferenciada” e personalizada às gestantes de risco. Diante dessa realidade, o objetivo desse estudo foi compreender a importância do grupo de gestante no processo de cuidado de enfermagem e na adaptação e enfrentamento da hospitalização das gestantes com gravidez de risco.

■ MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza descritiva com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa permite abordar os níveis mais profundos das relações sociais, através da compreensão do cotidiano, partindo de suas perspectivas (BRASIL, 2006; KOERICH *et al.*, 2009).

O estudo foi realizado no período de fevereiro a março de 2017, tendo como participantes gestantes internadas na Clínica Obstétrica da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, hospital público de nível terciário, em Fortaleza-CE, sendo referência no Nordeste em atendimento materno-fetal, além das especialidades nos serviços de obstetrícia, ginecologia, mastologia e neonatologia. A instituição é destaque no Projeto Rede Cegonha do Ministério da Saúde e foi escolhida para ser centro de apoio às boas práticas na Atenção Obstétrica e Neonatal da Rede Cegonha.

No intuito de conhecer as experiências das participantes optou-se pela técnica do grupo focal por favorecer a opinião das gestantes de forma autêntica e menor resistência por estar com seus pares. Esta técnica proporcionou interação, facilitou a verbalização de dúvidas, tabus e preconceitos, além de ter possibilitado o compartilhamento de opiniões, emissão de inferências e busca de soluções para problemas comuns (STREFLIN *et al.*, 2015).

Os grupos foram realizados no Centro Obstétrico da referida instituição. Este local foi escolhido como estratégico para que as gestantes se familiarizassem com a ambiente, abordando temáticas relacionadas às boas práticas de atenção ao parto e nascimento preconizadas pelo Ministério da Saúde/Rede Cegonha (GUERRA *et al.*, 2016), além de sensibilizá-las para identificar os sinais do trabalho de parto.

Fizeram parte do estudo vinte e quatro gestantes distribuídas aleatoriamente em quatro grupos de seis gestantes que atenderam aos critérios de inclusão para participarem desta pesquisa: gestantes de alto risco maiores de 18 anos sem restrição de mobilidade que aceitaram participar da pesquisa. E como critérios de exclusão as adolescentes e as gestantes que não aceitaram participar da pesquisa.

Considerando a natureza do estudo e procurando atender aos objetivos propostos, foram realizados três encontros focais com média de duração de uma hora com a presença de um moderador (pesquisadora principal), um pesquisador-observador (encarregado pelas gravações e registros) e as seis participantes de cada grupo.

No primeiro encontro focal, as participantes foram orientadas a conversar e convidadas a expor sua compreensão sobre as boas práticas obstétricas a partir de algumas abordagens emitidas pela pesquisadora: Reconhecimento dos sinais de identificação do trabalho de parto; Conhecimento das boas práticas adotadas durante o trabalho de parto. Em seguida, a pesquisadora conduziu o debate com abordagem das boas práticas obstétricas preconizadas pelo MS.

No segundo encontro focal, foi feita uma análise crítico-reflexivo a partir das discussões coletivas do conhecimento adquirido acerca das boas práticas obstétricas aprofundadas em evidências científicas.

No terceiro encontro focal, foi realizada a avaliação da intervenção educativa a partir da percepção das pacientes a fim de contribuir para implantação desta prática no setor como parte de ações cotidianas através das seguintes abordagens: Contribuições do grupo de gestante para o seu tratamento durante o internamento, Ambiente de realização do grupo e Motivação em participar do grupo e sugestões à melhoria. Em cada um dos encontros as falas das participantes foram gravadas pelo observador, sendo registradas as principais ideias.

Os dados foram tratados por meio da técnica de análise de conteúdo temática proposta por Bardin (BARDIN, 2011). Iniciou-se a identificação das categorias temáticas agrupadas em três, com base no qual foi elaborado um plano descritivo das falas, composto pelas expressões, sentimentos, percepções e saberes das gestantes, valorizando a singularidade de cada gestante hospitalizada vivenciando uma gravidez de risco. De acordo com esse plano extraíram-se as falas mais relevantes e associadas com o tema de cada categoria, das quais se puderam obter as ideias principais para a discussão dos resultados, apoiando as conclusões.

No convite às gestantes para participarem da pesquisa foram apresentados os objetivos do estudo, forma de participação, riscos, benefícios e a garantia do anonimato e liberdade para aceitar ou não participar da pesquisa, sem que houvesse prejuízos aos seus cuidados. Ao fim da apresentação e da leitura do termo de consentimento livre e esclarecido

foi obtido a anuência pela participante. Para preservar o anonimato das participantes, nos discursos substituímos seus nomes pela letra G (gestante), seguida do número ordinal de 1 a 13 (Ex. G1).

Neste estudo foram atendidas às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos, estabelecidas pela Resolução 466/12 do Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2006). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, conforme parecer nº 1.899.089 em 26 de janeiro de 2017.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da amostra

As vinte e quatro participantes eram gestantes com idade gestacional de 26 a 39 semanas e faixa etária entre 19 a 31 anos. Foi registrado que oito delas eram solteiras, seis casadas e dez tinham união estável. O nível de instrução variou do analfabetismo ao ensino superior completo, sendo a maioria com nível de instrução de ensino médio completo. Quanto à ocupação, três eram estudantes, doze do lar, três desempregadas, duas professoras, duas funcionárias pública e duas autônomas. Cinco relataram ser primigestas e, para as outras, o número de filhos variou de um a seis, sendo que seis revelaram já ter passado pela situação de aborto, anteriormente. Desse grupo de gestantes internadas por complicações obstétricas, os diagnósticos mais frequentes das internações foram: doenças hipertensivas da gravidez, pielonefrite, diabetes mellitus tipo 1 e 2, ruptura prematura de membranas ovulares, placenta prévia.

Grupos interativos como espaço de vínculo e convivência

A percepção das gestantes, de maneira geral, mostra que a estratégia educativa adotada nos grupos contribui para a discussão e aprendizado, possibilitando expressarem seus medos e ansiedade. As participantes consideram-no como envolvente, permitindo que elas se sentissem à vontade para opinar e comentar, expressas nas seguintes falas:

[...]Eu gostei muito...Eu pude trocar experiências com minhas outras colegas de enfermarias. Fiquei sabendo de muita coisa que eu nem sabia que podia. (G1)

[...]Muito bom saber que não sou só eu que tenho tanto medo. (G5)

[...]Sempre me falaram que parto cesárea era mais fácil, mas ouvindo tudo isso me dá mais confiança pro parto normal. (G6)

Aqui tem muita coisa. Posso ficar sozinha no quarto com meu marido, isso é ótimo. (G4)

Considerado um espaço de convivência que as aproximam tanto da enfermeira como das outras gestantes que estão em situação semelhante em relação à gravidez, a maioria das gestantes, principalmente as primigestas, reconhece a importância da participação em grupos, no que se refere ao aprendizado por meio da conversa e do esclarecimento de dúvidas como evidenciado nos discursos:

Foi bom ter nos trazido pra conhecer esse local que o bebê nasce [...] Fiquei mais aliviada porque vi que mesmo a minha gravidez sendo complicada eu posso ter um parto normal. (G2)

Eu já estou com mais de 20 dias internada [...] Sinto saudade de casa, me preocupo com meu trabalho, se a minha patroa ainda vai me querer que eu volte. (G3)

Fico aliviada em saber que posso comer durante o trabalho de parto... Detesto sentir fome. Fico estressada! (G8)

Quando somos informadas, consciente daquilo que vai acontecer, como a questão da bola, do banho morno, do cavalinho... tudo isso que a gente viu é mais fácil querer o parto normal. (G6)

Muitas delas estavam vivenciando situações limitantes, que se expressavam por tristeza, desânimo, culpa, insegurança, bem como queixas de falta de afeto e de apoio, o que impedia o atendimento das suas necessidades nos seus processos de viver. Observou-se a ocorrência de efetiva interação grupal à medida que as pessoas sentiam-se tranquilas e seguras.

Constata-se que o trabalho em grupo é o meio pelo qual as gestantes se socializam e vivenciam oportunidades de enfrentamento, encorajando suas dificuldades em lidar com o novo (PEREIRA, 2018; GAMA, 2016). Como também, a intervenção educativa permite à pessoa estabelecer uma comunicação efetiva, expressar conceitos e emoções, minimizar tensões e ansiedades, modificar comportamentos, compreender melhor a rotina da hospitalização (CARVALHO; GÖTTEMS; PIRES, 2015; GUERREIRO *et al.*, 2014).

As interações vividas produziram transformações que ocorreram num processo dinâmico, influenciadas pelo grupo, possibilitando o desenvolvimento de reflexões sobre o seu processo gestacional e incorporação da rotina da instituição. Por esta razão, o trabalho de cunho educativo não se apresenta como uma tarefa simples, porque não se limita à transmissão de informações às gestantes (FERNANDES, 2015). Ao contrário, é uma prática compartilhada, de troca de saberes, estabelecida por meio do vínculo, devendo ser aprimorada cotidianamente.

Estratégia educativa como abordagem das boas práticas do parto/nascimento

Os cuidados e as orientações para preparação para o parto, atrelados a uma tecnologia educativa, torna-se mais eficaz, quando comparados aos cuidados utilizados na rotina de forma isolada. Assim, surgem as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, preconizadas pelo Ministério da Saúde, que recomenda o parto normal, humanizado, com medidas não farmacológicas para o alívio da dor, participação do acompanhante, com vistas a tornar o nascimento um processo fisiológico (GUERRA *et al.*, 2016).

Os relatos das gestantes mostram que, em sua maioria, elas não sabiam reconhecer os sinais do trabalho de parto. Além disso, algumas gestantes não tinham conhecimento prévio de boas práticas adotadas no momento do parto como relatadas:

Sei que começa como uma dor no pé da barriga que vai indo para as costas. O médico disse que sai um líquido transparente [...] É uma dor que parece que ele quer sair. (G5)

Tenho medo dessa dor forte que eles falam[...] Estou sozinha. (G6)

Eu não sabia que a grávida podia andar durante o trabalho de parto [...] Não sabia que podia usar a bola e o cavalinho. (G7)

Eu não queria um parto normal porque minha irmã fala que foi a pior dor [...] Os médicos cortam lá embaixo pra cabeça do bebê sair e ainda aplicam uma injeção de força e eu fico, com medo, preocupada. (G8)

Ah sendo assim, eu vou querer ter um parto normal aqui [...] Vou falar pro meu médico [...] Muito melhor depois. E tem essas bolas [...] Podemos ficar aqui nesse quarto [...] Meu marido pode me acompanhar. (G9)

Observa-se que as atitudes, a maneira como a parturiente usa o próprio corpo, e o modo de se comportar durante o trabalho de parto dependem das informações recebidas anteriormente. Acredita-se que a gestante necessita de conhecimentos prévios sobre a gravidez, a nutrição adequada, o trabalho de parto, o parto, a amamentação e os cuidados com o recém-nascido. No tocante ao parto, informações sobre preparação física adequada, variedade de posições, intervenções não farmacológicas, direito ao acompanhante são necessários para o parto ativo (GUERRA *et al.*, 2016).

Além disso, durante a abordagem, as gestantes propuseram a participação dos familiares, pois segundo elas, eles também faziam parte desse processo, e muitas vezes, eram os mais ansiosos acerca daquela vivência, e que por falta de conhecimento das etapas poderia tornar o momento do trabalho de parto tenso e desagradável.

Quero que minha cunhada participe do meu parto porque ela fala cada coisa que me deixa preocupada. (G10)

Conforme relatado pelas participantes do estudo, o respeito à escolha da mulher sobre seu acompanhante é uma prática comprovadamente útil e que deve ser estimulada em conformidade com as boas práticas do parto e nascimento adotadas pelo Ministério da Saúde segundo a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (GUERRA *et al.*, 2016) e rotina da instituição. No cotidiano das gestantes, é comum o desconhecimento sobre os seus direitos durante o processo do nascimento. A viabilização do direito de escolha do acompanhante pela mulher reduz a necessidade de analgesia, a incidência de cesáreas e a baixo índice de Apgar do recém-nascido no quinto minuto de vida. Além disso, essa experiência de apoio é um elemento importante na parturição, pois remete à mulher a sensação de tranquilidade, confiança e segurança (GUERREIRO *et al.*, 2014). Entende-se que as ações de promoção da saúde devem ser eminentemente participativas e transformadoras.

Repercussão da experiência do grupo no fortalecimento do vínculo entre equipe de saúde e gestante

O uso de tecnologias do cuidado de enfermagem visa proporcionar às mulheres ambiente propício para que elas tomem posse do seu trabalho de parto. Estudos relatam que o cuidado de enfermagem na obstetrícia deve ser direcionado à mulher como sujeito do seu parto, exigindo cuidado e não controle, respeitando à privacidade e segurança no processo do nascimento. Além disso, o potencial benefício do trabalho colaborativo entre médicos e enfermeiras/enfermeiras obstétricas no trabalho de parto e nascimento a partir da adoção de boas práticas no trabalho de parto/parto pode ser o primeiro passo para um atendimento obstétrico mais eficaz (PEREIRA, 2018; GAMA, 2016).

Descrever e conhecer as particularidades, inquietações e angústias relacionadas ao período gestacional e à hospitalização irão proporcionar um envolvimento e estabelecimento de vínculo mais efetivo com a equipe de saúde. Além disso, as gestantes passaram a compreender a gravidez de maneira diferente, sentindo-se mais próximas do bebê.

As gestantes destacaram a maneira como a enfermeira mediou os grupos, preocupando-se em saber o significado da gravidez e maternidade para elas, além de estimular momentos de reflexões das experiências já vivenciadas e das realidades a serem enfrentadas:

No grupo, fiquei mais confiante, antes não sabia porque tinha que ficar internada... Eu passei a confiar mais no que a enfermeira fala pra mim sobre o meu tratamento. (G11)

Agora não vou ficar mais com raiva quando elas vem verificar a minha pressão às 05h. Sei que é importante pro meu tratamento.(G12)

A incorporação de novas abordagens educativas vem acarretando mudanças gradativas no cuidado prestado pelo enfermeiro. Estas se configuram como mecanismos para

o fortalecimento das ações de intervenção de saúde no empoderamento das gestantes a fim de que participem ativamente de seu plano terapêutico e desenvolvam sua autonomia e corresponsabilidade ao longo do processo. Portanto, é através da escuta qualificada de profissionais sensibilizados em relação às condições específicas das gestantes que se estabelece o vínculo e se consolida a colaboração delas no enfrentamento de uma gravidez de risco pela gestante e familiares (SILVA *et al.*, 2016).

Recomendações do Ministério da Saúde para a assistência humanizada à mulher incluem a criação de grupos de apoio para o atendimento das necessidades reais e originárias das gestantes e familiares (LEAL *et al.*, 2016). É nesse momento que o enfermeiro atua como facilitador, na formação de grupo, onde as participantes expressam suas dúvidas (BRASIL, 2006), como também se relacionam com outras gestantes que vivenciam experiência no mesmo processo e possibilitam melhor enfrentamento das situações que envolvam a gestação de alto risco (KOERICH *et al.*, 2009).

Neste aspecto, as participantes passaram a perceber e a valorizar a saúde de um modo diferente, referindo terem mais clareza sobre o processo que levam a desenvolver as práticas de cuidado não como obrigação, mas com consciência. Observa-se que a ampliação de suas concepções está relacionada à repadronização de suas crenças, seus valores e conhecimentos acerca do processo saúde-doença (STREFLIN *et al.*, 2015).

Outro relato importante mostra a dificuldade enfrentada pelas gestantes para estabelecer diálogo com os profissionais de saúde, compreender as rotinas assistenciais durante o internamento e da possibilidade de minimizá-la com as atividades do grupo:

Às vezes, a visita do médico aqui no leito é muito rápida, já termina logo... Esquecemos de perguntar algo que temos dúvida do nosso tratamento aqui e no grupo podemos trazer todas as nossas dúvidas. (G13)

Este estudo constitui subsídio à implementação de estratégias de desenvolvimento de grupos de gestantes com caráter participativo, tendo em vista que elas contribuem para a satisfação coletiva na realização de um trabalho. Neste sentido, a intenção é contribuir para uma assistência à saúde cada vez mais integral e alinhada às necessidades específicas dos grupos.

■ CONCLUSÃO

Os achados desta investigação contribuíram para conhecer como a dinâmica de grupo com gestantes favorecem a aproximação com a enfermeira, resultando em momentos de ação-reflexão para a identificação das necessidades do cuidado, colaborando no planejamento e implementação da assistência.

A implementação de uma prática de saúde às gestantes pautada numa abordagem dialógica através de grupos interativos procurou estimular a interação, o apoio e a troca de experiências entre as participantes, bem como estratégias de aprendizagem e enfrentamento durante a hospitalização.

Essa pesquisa apresentou algumas limitações, pois houve necessidade de melhor investigação com relação às repercussões das atividades abordadas no grupo nos desfechos obstétricos. Porém, o diferencial deste estudo é que o grupo revelou-se como um recurso para as gestantes, sendo um espaço para compartilhar experiências, sentimentos e socialização de saberes técnico-científico e popular. Ocasinou, ainda, incorporação de sentimento de pertença, interiorizando reflexões para autonomia pessoal, empoderamento na sua tomada de decisão, impactando positivamente na qualidade da assistência da enfermagem obstétrica. Além disso, contribuiu na prática do enfermeiro para minimizar as lacunas sobre o pensar-fazer no cuidado dessas gestantes.

Além disso, os resultados desta pesquisa demonstraram que as boas práticas, aliadas ao envolvimento da equipe multidisciplinar, podem contribuir para a mudança de paradigmas no cenário obstétrico. Dessa forma, esta pesquisa pode vir a subsidiar outros estudos na área da enfermagem obstétrica, a fim de qualificar o cuidado obstétrico, e para tanto, necessitam apropriar-se de referenciais que sustentem as práticas no campo obstétrico, bem como promover a rede de cuidados a fim de assegurar à mulher o direito à atenção humanizada na gravidez, no parto e no puerpério.

■ REFERÊNCIAS

1. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2011.
2. BARRETO, R. M.; SANTOS, R. B.; BEZERRA, A. C. L.; SILVA, M. A. M.. STD in adolescent: pregnant's perception by the light of the culture circle from Paulo Freire. **Rev Contexto Saúde**, 16, 30, 116-25, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2016.30.116-125>.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher [Internet]. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 [cited 2016 Sep 01]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf [Links]
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Capacitação para Comitês de Ética em Pesquisa. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, 2006.

5. CARVALHO, E. M. P.; GÖTTEMS, L. B. D.; PIRES, M. R. G. M. Adherence to best care practices in normal birth: construction and validation of an instrument. **Rev Esc Enferm USP** [Internet]. [cited 2016 Sep 01], 49, 6, 889-97, 2015. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000600003> [Links]
6. FERNANDES, R. F. M.; MEINCKE, S. M. K.; THUMÉ, E.; SOARES, M. C.; COLLET, N.; CAR-RARO, T. E. Characteristics of antenatal care for adolescents from state capitals in Southern and Northeastern Brazil. **Texto Contexto Enferm**. [cited 2016 Oct 03], 24, 1, 80-6, 2015. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100080.
7. GAMA, S. G.; VIELLAS, E. F.; TORRES, J. A.; BASTOS, M. H.; BRÜGGEMANN, O. M.; THEME FILHA, M. M.; SCHILITZ, A. O. C.; LEAL, M. C. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. **Reprod Health**, 13 Suppl, 3, 123, 2016.
8. GUERRA, H. S.; HIRAYAMA, A. B.; SILVA, A. K. C.; OLIVEIRA, B. J. S.; OLIVEIRA, J. F. J. Analysis of the 'Rede Cegonha' activities in Brazil. **Iniciação Científica CESUMAR**, 18, 1, 73-80, 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.17765/1518-1243.2016v18n1p73-80>.
9. GUERREIRO, E. M.; RODRIGUES, D. P.; QUEIROZ, A. B. A.; FERREIRA, M. A. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Rev. Bras. Enferm**. [Internet]. Feb [cited 2018 Mar 04], 67, 1, 13-21, 2014. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140001>.
10. GUIDA, N. F. B.; PEREIRA, A. L. F.; LIMA, G. P. V.; ZVEITER, M.; ARAÚJO, C. L. F.; MOURA, M. A. V. Compliance of nursing care practices with technical recommendations for normal birth. **Rev Rene**, 18, 4, 543-50, 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000400017>.
11. KOERICH, M. S.; BACKES, D. S.; SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; ALBURQUERQUE, G. L. Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. **Rev Eletr Enf** [Internet]. [cited 2016 Sep 01], 11, 3, 717-23, 2009. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a33.htm> [Links]
12. LEAL, G. C. G.; WOLFF, L. D. G.; GONÇALVES, L. S.; PERES, A. M.; OLIVEIRA, F. A. M. Perinatal care practices in normal risk maternity hospitals: an evaluation in the women's Perspective. **Cogitare Enferm**, 21, 2, 1-8, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v10i3.5375>.
13. MARTINELLI, K. G.; SANTOS NETO, E. T.; GAMA, S. G. N.; OLIVEIRA, A. E. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e Rede Cegonha. **Rev Bras Ginecol Obstet**, 36, 2, 56-64. 2014. doi: <http://doi.org/10.1590/S0100-72032014000200003>.
14. PEREIRA, S. B.; DIAZ, C. M. G.; BACKES, M. T. S.; FERREIRA, C. L. L.; BACKES, D. S. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Bras. Enferm**. [Internet]. [citado 2018 Ago 26], 71, Suppl 3, 1313-1319, 2018.
15. SILVA, U.; FERNANDES, B. M.; PAES, M. S. L.; SOUZA, M. D.; DUQUE, D. A. A. Nursing care experienced by women during the child-birth in the humanization perspective. **J Nurs UFPE on line** [Internet], 2016 [cited 2017 Aug 13];10(4):1273-9. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/9267>.
16. SOUZA, N. L.; ARAÚJO, A. C. P. F.; COSTA, I. C. C. Social representations of mothers about gestational hypertension and premature birth. **Rev Latino-Am Enfermagem**, 21, 3, 726-33, 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000300011>.

17. STELLENBERG, EL, NGWEKAZI NL. Knowledge of midwives about hypertensive disorders during pregnancy in primary healthcare. **Afr J Prim Health Care Fam Med**, 8, 1, 899-905, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v8i1.899>.
18. STREFLIN ISS, FILHO WDL, DEMORI CC, SOARES MC, SANTOS CP. Nursing care to women in situation of abortion: integrative review. **Rev Enferm UFSM**, 5, 1, 169-77, 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769212533>.

SOBRE AS ORGANIZADORAS

Ana Maria Aguiar Frias

Especialista em Enfermagem, Doutora em Psicologia, Mestre em Ecologia Humana, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Professora coordenadora no Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus (ESESJD) Universidade de Évora, atualmente leciona e é regente responsável pela Unidade Curricular (UC) de Anatomofisiologia II, nos cursos de Licenciatura em Enfermagem, e de Biologia Humana, e pelas UC de Enfermagem da gravidez, Anatomofisiologia Grávido-Puerperal e Preparação para o parto e para a parentalidade do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9038-8576>

Cláudia Catarina Agostinho

Mestre e Especialista em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, atualmente atua no Bloco de Partos e Serviço de Internamento do Serviço de Saúde Materna e Obstétrica (Hospital Lusíadas Lisboa, Portugal), enfermeira de cuidados gerais no Centro de Saúde e Medicina do Trabalho do Banco de Portugal, autora de vários trabalhos científicos e comunicações na área da saúde materna e neonatal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2675-1403>

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acolhimento: 257, 258, 260, 268

Adolescentes: 241

Aleitamento Materno: 181, 186, 204

Alimentação: 28, 30

Amamentação: 16, 28, 29, 30, 186, 187, 194, 199, 204, 208, 209, 214

Ansiedade: 339, 340

Apego: 223

Assistência: 125, 137, 140, 211, 257, 268, 269, 351

B

Bonding: 57, 223, 226, 228, 230, 232, 237, 238

C

Complicações: 334

Comportamento: 80

Crianças: 190, 241, 242

Cuidado pré: 60

Cuidados de Enfermagem: 350

D

Dor: 96

E

Educação em Saúde: 78, 350, 360

Educação Sexual: 78, 80

Enfermagem Obstétrica: 141

F

Família: 252

Famílias: 241

Fatores de Risco: 290, 332

Filho: 123, 208, 223, 323

G

Gestação: 94, 219

Glucose: 40, 295, 299, 301, 305

Gravidez: 29, 30, 32, 47, 80, 88, 89, 94, 140, 350

Gravidez de Alto Risco: 350

Gravidez Ectópica: 89

H

Histerectomia pós: 338

Humanização: 125, 132, 133, 135, 140, 153, 258, 267, 351, 360

I

Infant Mortality: 323, 324

L

Laqueadura: 88, 89

M

Mulher: 28, 125, 137, 257, 347, 351, 359

N

Nascido: 223, 324

Nascimento: 59, 111, 119, 122, 125, 128, 132, 133, 135, 153, 324, 351, 360

Newborn: 29, 228, 238, 323

O

Obstetrícia: 30, 33, 35, 39, 40, 94, 102, 109, 125, 135, 137, 159, 164, 223

P

Pai: 60, 63, 64, 67, 223

Parentalidade: 241, 245, 247

Parto: 109, 112, 114, 118, 122, 123, 128, 130, 131, 133, 140, 141, 149, 151, 153, 154, 325, 326, 340, 342, 359

Parto Domiciliar: 149, 154

Parto Humanizado: 141

Parto Normal: 123, 128, 130, 131, 140, 141

Paternidade: 60, 63, 64, 68, 69

Pregnancy: 28, 29, 44, 94, 99, 110, 165, 230, 238, 305, 306, 321, 347

Prematurity: 294, 301

Puerpério: 28

R

Relação Pais: 47

Risk Factors: 280, 323, 324

S

Saúde da Mulher: 143, 350

Saúde do Homem: 60

Saúde Mental: 340

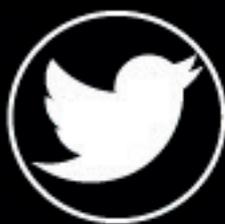
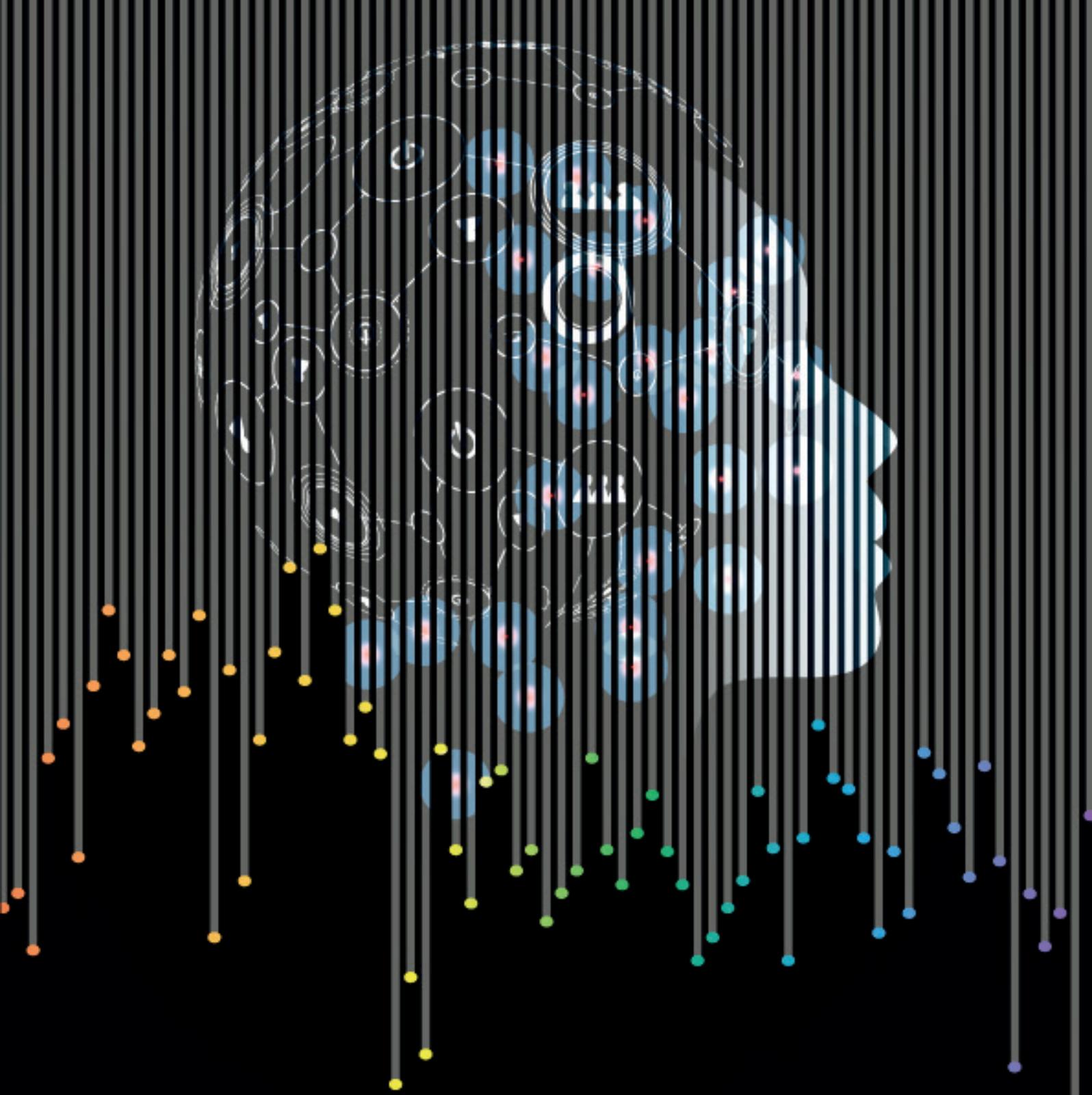
Segurança Alimentar: 221

Sexualidade: 80

T

Terapias Complementares: 100

Trabalho de Parto: 332



www.editoracientifica.org

contato@editoracientifica.org



VENDA PROIBIDA - ACESSO LIVRE - OPEN ACCESS

A OBRA PRIMA

a arte de cuidar no início da vida



editora
científica digital