

e-ISSN 2675-7656

V. 5, N. 2, 2022

# Revista de Saúde Pública

de Mato Grosso do Sul

Publicação da Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA  
DR. JORGE DAVID NASSER

SES  
Secretaria de Estado  
de Saúde



GOVERNO  
DO ESTADO  
Mato Grosso do Sul

**Governador do Estado**  
**Reinaldo Azambuja Silva**

**Vice-Governador**  
**Murilo Zauith**

**Secretário de Estado de Saúde**  
**Geraldo Resende Pereira**

**Secretária Adjunta de Estado de Saúde**  
**Crhistine Cavalheiro Maymone Gonçalves**

**Diretor-Geral Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e**  
**Diretor da Escola de Saúde Pública**  
**André Vinicius Batista de Assis**

**Governo do Estado de Mato Grosso do Sul**  
*[www.ms.gov.br](http://www.ms.gov.br)*

**Secretaria de Estado de Saúde**  
*[www.saude.ms.gov.br](http://www.saude.ms.gov.br)*

**Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser**  
*[www.esp.ms.gov.br](http://www.esp.ms.gov.br)*

e-ISSN 2675-7656

---

V. 5, N. 2, 2022

Revista de  
**Saúde Pública**  
de Mato Grosso do Sul

# Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul

A revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul é uma publicação Semestral editada pela Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser.

## Governo do Estado de Mato Grosso do Sul Secretaria de Estado de Saúde

### Comitê Editorial

#### Editoras Chefe

Inara Pereira da Cunha – (SES/ESP)

Maria de Lourdes Oshiro – (SES/ESP)

#### Editores de Normalização e Produção

Marcos Rubens Alves da Silva  
Bibliotecário – (CRB1/2791)

Marli Vitor da Silva  
Bibliotecária – (CRB1/3279)

#### Editor de Comunicação

André Vinicius Batista de Assis – (SES/ESP)

### Conselho Editorial

#### Editores Adjuntos

Edgar Oshiro (SES/ESP)

Estela Marcia Rondina Scandola (SES/ESP)

Marcia Naomi Santos Higashijima (SES/ESP)

Raquel Silva Barretto (SES/ESP)

Arthur Duarte Fantesia Costa Cruz (SES/ESP)

Débora Sodrê Gonçalves Carneiro (SES/ESP)

#### Editores Associados

Adélia Delfina da Mota Silva Correa (UFMS)

Ana Rita Barbieri (UFMS)

Cibele Moura Sales (UEMS)

Crhistine Cavalheiro Maymone Gonçalves (UFMS/SES)

Denise Rodrigues Fortes (ETSUS/SES)

Elizete da Rocha Vieira de Barros (UFMS)

Julio Henrique Rosa Croda (FIOCRUZ/UFMG)

Karine Cavalcante da Costa (ATENÇÃO BÁSICA/SES)

Laís Alves de Souza Bonilha (UFMS)

Luiz Claudio Santos Thuler (INCA/RJ)

Mauricio Pompilio (UFMS/UNIDERP)

Rogério Dias Renovato (UEMS)

Rosa Malena Xavier (Uneb)

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul

Avenida Senador Filinto Müller, 1480 – Vila Ipiranga

79.074-460 – Campo Grande – MS – Brasil

Tel.: (67) 3345-8000 – E-mail: [revistasp@saude.ms.gov.br](mailto:revistasp@saude.ms.gov.br)

Disponível em: <http://revista.saude.ms.gov.br/index.php/rspms>

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) – Brasil

R454 Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul / Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. -- Vol. 1, n. 1, (2018) - . - Campo Grande, MS: Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, 2018 -.

v.

Semestral

ISSN 2675-7656 Online

ISSN 1981-9722 Impresso

1. Saúde Pública. 2. Periódico. I. Mato Grosso do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. II. Título.

CDD 614.058171 (23)

Bibliotecários Responsáveis: Marcos Rubens Alves da Silva CRB1/2791

Marli Vitor da Silva CRB1/3279

Os conceitos emitidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião da revista.



Este é um periódico de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

# SUMÁRIO

<b>EDITORIAL .....</b>	<b>5</b>
 <b>ARTIGOS ORIGINAIS</b> <i>ORIGINAL ARTICLES</i>	
 <b>O DESCOMPASSO DO MÉTODO CANGURU NA PERCEPÇÃO DOS PAIS .....</b>	<b>7</b>
<i>THE DISCHARGE OF THE KANGAROO METHOD IN PARENTS' PERCEPTION</i> Mayara Carolina Cañedo, Cristina Brandt Nunes, Ana Cláudia Garcia Vieira, Maria Aparecida Munhoz Gaíva, Iluska Lopes Schultz	
 <b>PREMATURIDADE E FATORES ASSOCIADOS AO PRÉ-NATAL EM UM HOSPITAL MATERNIDADE DE REFERÊNCIA ....</b>	<b>21</b>
<i>PREMATURITY AND FACTORS ASSOCIATED WITH PRENATAL IN A REFERENCE MATERNITY HOSPITAL</i> Jane de Carlos Santana Capelli, Luana Silva Monteiro, Thainá Lobato Calderoni, Cleber Nascimento do Carmo, Mônica de Carvalho Feroni, Simone Augusta Ribas	
 <b>ARTIGOS DE REVISÃO</b> <i>REVIEW ARTICLES</i>	
 <b>DESAFIOS DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ASSISTÊNCIA À GESTANTE: REVISÃO INTEGRATIVA .....</b>	<b>36</b>
<i>CHALLENGES OF THE ORAL HEALTH TEAM IN PREGNANCY ASSISTANCE: INTEGRATIVE REVIEW</i> Guilherme de Andrade Ruela, Nathália Mattos, Taiane Acunha Escobar	
 <b>FATORES RELACIONADOS À DISFUNÇÃO SEXUAL NO PUERPÉRIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA .....</b>	<b>50</b>
<i>FACTORS RELATED TO SEXUAL DYSFUNCTION IN THE PUERPERIA: AN INTEGRATIVE REVIEW</i> Caroliny Oviedo Fernandes Reis, Luciana Virginia de Paula e Silva Santana, Rayanne Valentim Ribeiro, Sandra Luzinete Felix de Freitas, Ana Lígia Barbosa Messias, Layla Santana Corrêa da Silva	
 <b>RELATO DE EXPERIÊNCIA</b> <i>EXPERIENCE REPORT</i>	
 <b>DESAFIOS DO COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL DE MATO GROSSO DO SUL .....</b>	<b>65</b>
<i>CHALLENGES OF THE STATE COMMITTEE FOR PREVENTION OF MATERNAL AND INFANT MORTALITY IN MATO GROSSO DO SUL</i> Larissa Lisboa Monti, Hilda Guimarães de Freitas, Karine da Costa Cavalcante, Carolina dos Santos Chita Raposo, Cristiana Schulz	
 <b>BEM NASCER MS: UM CAMINHO PARA A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL NO MATO GROSSO DO SUL .....</b>	<b>73</b>
<i>BEM NACER MS: A PATH TO REDUCE MATERNAL AND CHILD MORTALITY IN MATO GROSSO DO SUL</i> Cristiana Schulz, Hilda Guimarães de Freitas, Karine da Costa Cavalcante, Carolina dos Santos Chita Raposo, Larissa Lisboa Monti, Jadir Dantas	

**Caro(a) Leitor(a),**

Nesta edição selecionamos seis artigos que se relacionam com a saúde materno-infantil para que você reflita um pouco mais sobre os desdobramentos dos achados dessas investigações.

Observe que a maioria dos autores finalizam o texto, apontando que tomadores de decisões, como formuladores de políticas públicas, possam se embasar das evidências encontradas para propor ações de intervenção. Esse é sem dúvida um caminho a ser seguido!

De fato, resultados de pesquisas e experiências exitosas deveriam embasar discussões sobre a saúde materno-infantil na arena política. Mas infelizmente, ainda é um grande desafio sensibilizar os gestores de instituições de saúde quanto ao fato de que a disfunção sexual no puerpério sofre alterações biopsicossociais inerentes ao pós-parto, e que a cesárea não deve ser indicada com ênfase na preservação da função sexual, como reporta o artigo “Fatores relacionados à disfunção sexual no puerpério: uma revisão integrativa”. Da mesma maneira, há a possibilidade de que manejos advindos de tecnologias leves, como o método canguru, não alcance a visibilidade que deveria alcançar, como mencionado no artigo “O descompasso do método canguru na percepção dos pais”.

Também há dúvidas quanto às chefias hierarquicamente superiores, na área da saúde, não estarem cientes de que as seis consultas de pré-natal obrigatórias na Atenção Primária à Saúde (APS) não estão sendo eficientes, havendo a necessidade de se qualificar com urgência os profissionais, e melhorar as condições de trabalho, como reafirma o artigo “Prematuridade e fatores associados ao pré-natal em um hospital maternidade de referência”. Da mesma maneira, creio que é de conhecimento que o cuidado com a saúde bucal é imperativo na gestação, e que há falhas na formação e atuação destes profissionais na assistência da APS, conforme demonstra o artigo “Desafios da equipe de saúde bucal na assistência à gestante: revisão integrativa”.

Diante de um cenário preocupante, apontado por agências das Nações Unidas, em que uma mulher morre a cada dois minutos durante a gravidez ou parto, é necessário ir além do apenas “saber” por parte dos gestores. Fica nossa sugestão: que todos nós, sejamos defensores desta causa, sendo também potenciais “formuladores de políticas” em diferentes espaços sociais.

Vamos passar a cobrar o estado por programas como o “Bem Nascer”, participar de Comitês em defesa da mulher e da criança, ou ao menos, ajudar o nosso próximo a expandir o seu próprio olhar sobre esta temática, promovendo essas discussões, além de contribuir com o aumento do alcance desta edição. Quem sabe seja esse, o início de uma transformação na proteção e promoção da saúde materno-infantil, em que todos nós, possamos ser corresponsáveis por esse cuidado tão essencial e importante para nossa sociedade.

Boa leitura!

**Inara Pereira da Cunha**  
Editora Chefe



# O DESCOMPASSO DO MÉTODO CANGURU NA PERCEPÇÃO DOS PAIS

## THE DISCHARGE OF THE KANGAROO METHOD IN PARENTS' PERCEPTION

Mayara Carolina Cañedo<sup>1</sup>, Cristina Brandt Nunes<sup>2</sup>, Ana Cláudia Garcia Vieira<sup>3</sup>,  
Maria Aparecida Munhoz Gaíva<sup>4</sup>, Iluska Lopes Schultz<sup>5</sup>

### RESUMO

**Introdução:** O Método Canguru promove menor tempo de permanência dos recém-nascidos na unidade neonatal, reduz a hipotermia em neonatos com baixo peso, facilita a promoção da amamentação, a formação de vínculo e da segurança familiar. **Objetivo:** Conhecer as dificuldades vivenciadas por pais de recém-nascidos pré-termo acerca do Método Canguru. **Materiais e Métodos:** pesquisa qualitativa, na modalidade Estudo de Caso, cujos dados foram obtidos entre março e dezembro de 2016, mediante entrevistas com 12 mães e três pais de recém-nascidos pré-termo, participantes de todas as etapas do Método Canguru, as quais foram submetidas à técnica de análise de conteúdo temática. **Resultados:** A interpretação dos dados foi apresentada em três categorias temáticas na qual se percebe que os pais sentem-se desamparados devido ao cuidado fragmentado e pelo despreparo dos profissionais de saúde para compreender a complexidade das relações que envolvem o cuidar do pré-termo e da família no Método Canguru no âmbito individual e coletivo. **Conclusão:** Este estudo mostrou que há uma lacuna entre o Método Canguru enquanto política e o que de fato é desenvolvido pela equipe de saúde, no contexto de um hospital referência estadual.

**Palavras-chave:** Recém-Nascido de Baixo Peso. Recém-Nascido Prematuro. Relações Profissional-Família. Método Canguru.

### ABSTRACT

**Introduction:** The Kangaroo Mother Care promotes a shorter length of stay for newborns in the neonatal unit, reduces hypothermia in low birth weight newborns, facilitates the promotion of breastfeeding, bonding and family security. **Objective:** To know the difficulties experienced by parents of preterm newborns regarding the Kangaroo Mother Care. **Materials and methods:** qualitative research, in the Case Study modality, whose data were obtained between March and December 2016, through interviews with 12 mothers and three fathers of preterm newborns, participants of all stages of the Kangaroo Method, the which were submitted to the technique of thematic content analysis. **Results:** The interpretation of the data was presented in three thematic categories in which it is perceived that the parents feel helpless due to the fragmented care and the unpreparedness of the health professionals to understand the complexity of the relationships that involve the care of the preterm and the family in the Kangaroo Method on an individual and collective basis. **Conclusion:** This study showed that there is a gap between the KM as a policy and what is actually developed by the health team, in the context of a state reference hospital.

**Keywords:** Low Birth Weight Newborn. Premature Newborn. Professional-Family Relations. Kangaroo Method.

<sup>1</sup> Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. Dourados, MS. Brasil. ORCID: 0000-0002-7232-1431. E-mail: maycarolina@hotmail.com.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (aposentada). Campo Grande, MS. Brasil. ORCID: 0000-0003-2411-0717. E-mail: cbrandt@terra.com.br.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS. Brasil. ORCID: 0000-0003-4982-6148. E-mail: cadicha10@gmail.com.

<sup>4</sup> Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, MT. Brasil. ORCID: 0000-0002-8666-9738. E-mail: mamgaiva@yahoo.com.br.

<sup>5</sup> Prefeitura Municipal de Corumbá. Corumbá, MS. Brasil. ORCID: 0000-0002-2212-2186. E-mail: iluschultz@gmail.com.



## INTRODUÇÃO

Sabe-se que a prematuridade e o baixo peso ao nascer se destacam entre os fatores da mortalidade infantil no país (FRANÇA *et al.*, 2017). Em Mato Grosso do Sul, Brasil, estudos mostram a prevalência dos óbitos neonatais considerados evitáveis, o que evidencia a necessidade de melhorias no atendimento à mulher e ao recém-nascido (RN) (PICOLI; CAZOLA; NASCIMENTO, 2019).

A versão brasileira do Método Canguru (MC) é ampla e se divide em três etapas, a primeira se inicia no pré-natal de alto risco, no parto e na hospitalização do recém-nascido pré-termo (RNPT) na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e na Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), a segunda etapa se dá na Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), onde bebê permanece em posição canguru pelo tempo que for prazeroso para ele e para os seus pais, na terceira etapa o RNPT já recebeu alta hospitalar e é acompanhado em consultas ambulatoriais compartilhadas entre o hospital e a Atenção Primária de Saúde, até que atinja 2.500 gramas (BRASIL, 2017).

Estudo internacional mostrou que o MC promove menor tempo de permanência na unidade neonatal (BROTHERTON *et al.*, 2021). Assim como, reduz a hipotermia em neonatos <1200 gramas (NARCISO; BELEZA; IMOTO, 2022). O contato pele a pele facilita a promoção da amamentação, a formação de vínculo e da segurança familiar (BRASIL, 2017). Apesar desses benefícios comprovados, uma revisão revelou que os profissionais de saúde sentem insegurança ao manipular o RNPT, além de não entenderem o MC, pois acredita que de forma equivocada que a posição canguru impossibilita a realização dos procedimentos pelos profissionais (LUZ *et al.*, 2022).

Diante desse cenário, prover cuidados de qualidade em uma perspectiva colaborativa junto à família, conhecendo barreiras e facilidades do contexto, revela-se necessário e ético, ao mesmo tempo em que representa um desafio à equipe de saúde, no sentido de atender às demandas singulares de cuidados e preparar gradativamente os pais para essa tarefa, vencendo os desafios de cada etapa de lidar com a fragilidade e o estresse de ter um filho pré-termo (OTTOSSON; LANTZ, 2017). Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo conhecer as dificuldades vivenciadas por pais de RNPT relacionadas ao MC durante a hospitalização do filho.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo referencial qualitativo, ocorrido de março a dezembro de 2016. Adotou-se este referencial, por permitir apreender a experiência humana socialmente, dedicando-se às representações, percepções e opiniões vivenciais, sentimentos e pensamentos. O método escolhido — Estudo de caso — reporta-se à análise minuciosa para esclarecer como e por que o fenômeno ocorreu, demonstrando essencialidade entre intervenção e resultado (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016).

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital estadual da região Centro-Oeste do Brasil que atende exclusivamente aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com atenção de média e alta complexidade, habilitado como referência estadual para o MC e credenciado como Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), dispondo de 10 leitos de UTIN, 20 leitos de UCINCo e 5 de UCINCa.

Foram entrevistados 12 mães e 3 pais, que preenchiam o seguinte critério de inclusão: sem restrição de idade, residentes na capital ou no interior do estado, que vivenciaram a experiência de ter seus filhos pré-termo hospitalizados e que participaram de todas as etapas do MC. Não participaram da pesquisa aqueles sem endereço com possível localização. O número de participantes foi definido, quando novos elementos deixaram de surgir dos dados coletados. Assim, a investigação contou com o total de 15 participantes.

A técnica utilizada para coleta de dados foi uma entrevista semiestruturadas, sendo composta por uma pergunta aberta: Conte-me como foi a sua experiência com o MC desenvolvido no ambiente hospitalar? As entrevistas foram realizadas no domicílio das famílias ou no ambulatório, quando os pais estavam participando da terceira etapa do método, em horário e dia escolhido por eles, em local reservado, com a presença apenas do entrevistado, a duração média da entrevista foi de 28 minutos, e um casal optou por participar da entrevista juntos. Os depoimentos foram gravados com a anuência dos participantes e depois transcritos. Os encontros foram conduzidos pela pesquisadora responsável pelo estudo, que atuava como enfermeira da UCINCa.

Os dados foram submetidos às três etapas: pré-análise, exploração do material e o tratamento e interpretação dos resultados obtidos (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016). Quanto ao referencial teórico foi utilizado o manual da Política Nacional de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido - Método Canguru e a literatura científica nacional e internacional sobre o assunto.

A investigação conta com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, com o protocolo CAAE nº. 51279715.6.0000.0021, Parecer n.º 1.371.216 do dia 16/12/2015, seguindo todos os preceitos éticos previstos nas Resoluções 466/2012 - 510/2016 - 580/2018. Os participantes da pesquisa leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo que as adolescentes assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Os pais ou os responsáveis pelas mães adolescentes foram informados sobre o estudo, e os que concordaram com a participação delas, assinaram o TCLE. Para resguardar a identidade dos pais, os relatos foram identificados como mãe ou pai e após o número do depoimento (Mãe 1, Pai 1, por exemplo).

## RESULTADOS

Participaram do estudo 12 mães e três pais, devido a seis partos gemelares, este estudo contou com a participação de 18 bebês (Tabela 1 e 2).

**Tabela 1** - Distribuição das informações sociodemográficas dos pais dos RNPT. Campo Grande - MS, 2017.

Variáveis		Média
<b>Idade (anos)</b>		27,6
<b>Variáveis</b>		<b>n (%)</b>
<b>Sexo</b>	Feminino	12(80,0)
	Masculino	3(20,0)
<b>Profissão</b>	Empregada doméstica	2(13,4)
	Professora de história	1(6,7)
	Recepcionista	1(6,7)
	Operadora de montagem	1(6,7)
	Auxiliar de serviços gerais	1(6,7)
	Autônomo	1(6,7)
	Sem vínculo empregatício	8(53,3)
<b>Escolaridade</b>	Médio Completo	2(13,4)
	Superior Completo	2(13,4)
	Fundamental completo	10(66,6)
	Fundamental incompleto	1(6,7)
<b>Total</b>		15(100)

Fonte: Elaboração própria.

Nota: n, número de pais; DP, desvio padrão.

**Tabela 2** - Distribuição das características dos RNPT. Campo Grande - MS, 2017.

Variáveis		Média ± DP
<b>Tempo de hospitalização</b>		42,9 ± 30,1
<b>Variáveis</b>		<b>n (%)</b>
<b>Idade Gestacional</b>	Pré-termo extremo (< 28 semanas)	3 (16,6)
	Muito pré-termo (28 semanas a 32 semanas)	5 (27,7)
	Pré-termo moderado (32 semanas a 34 semanas)	6 (33,3)
	Pré-termo tardio (34 semanas a 37 semanas)	4 (22,2)
<b>Sexo</b>	Feminino	13 (72,2)
	Masculino	5 (27,8)
<b>Tipo de Parto</b>	Cesárea	16 (88,9)
	Normal	2 (11,1)
<b>Total</b>		18 (100)

Fonte: Elaboração própria.

Nota: n, número de bebês; DP, desvio padrão.

A média de idade dos pais variou em 27,6 anos, o tempo de hospitalização foi de 42,9 dias ( $\pm 30,1$ ), prevaleceram pais sem vínculo empregatício 8 (53,3%) e com ensino fundamental completo 10 (66,6%). Com relação aos bebês houve predomínio de RNPT moderado (32 semanas a 34 semanas) 6 (33,3%) e do sexo feminino 13 (72,2).

A convergência dos dados será apresentada em três categorias temáticas, a saber: Impasses vivenciados pelos pais durante o parto prematuro; Dificuldades percebidas pelos pais durante a hospitalização do pré-termo e Relações conflituosas dos profissionais com a família no alojamento canguru.

### **Impasses vivenciados pelos pais durante o parto prematuro**

O nascimento do RNPT é um momento de crise familiar, já que a sobrevivência do bebê é incerta e a mãe pode estar insegura pelo parto antecipado:

*[...] o médico começou a fazer o exame. Eu falei: o meu bebê tá bem? Ele falou: vamos ter que interromper a gravidez. Aí eu falei: meu bebê tá bem, doutor? Não, se tivesse bem não estaria interrompendo a gravidez agora. Aí eu falei: mas ele tá vivo? Vivo está, porque, se tivesse morto, você poderia ficar três dias com ele na barriga. Daí eu fiquei muito apavorada, comecei a chorar muito e fiquei sem rumo. (Mãe 10)*

A falta de sensibilidade dos profissionais de saúde, o medo da morte e do desconhecido pode transformar a alegria do nascimento do filho em acontecimento angustiante, incerto e amedrontador:

*Quando eles nasceram, eu já fiquei com medo, porque o pediatra falou: Você sabe que seus bebês podem morrer por serem prematuros? Eles não têm muita chance. Não tem vaga nem na UTI neo e nem na UTI pediátrica e, se precisarem e não aparecerem rápido, eles podem morrer. [...]. Em vez de ele dizer umas palavras, assim: nós vamos fazer de tudo, só que a gente não garante [...]. (Mãe 6)*

A falta de humanização da assistência ao nascimento prematuro começa pela separação familiar no parto:

*Eu briguei com o pessoal porque eu queria assistir ao parto; eu estava com raiva, eu queria saber como ela estava. Não pude assistir ao parto porque falaram que era parto de nenê prematuro, que tinha risco, que não era permitido. (Pai 1)*

*Eu fiquei lá na frente esperando porque não deixavam entrar porque foi operação de risco. (Pai 3)*

Esta separação ocorreu também no parto das duas mães adolescentes em que não foi permitida a presença do acompanhante:

*Não pode entrar ninguém. Não pode porque foi de risco ela falou que não podia ninguém entrar. Mas esperaram a minha mãe chegar para me levar para a sala [...]. (Mãe 8)*

*Fiquei no Centro-Obstétrico (CO), eu fiquei me sentindo meio mal, meio triste, porque eu fiquei sozinha. E também o meu marido não estava ali comigo, eu fiquei dois dias no CO [...], daí subi e ele foi pra lá e ficou comigo um tempo, aí que comecei a me sentir melhor [...]. (Mãe 5)*

A proibição de acompanhante no CO e a falta de informações sobre o estado de saúde do filho que estava internado na UTIN aumentam a angústia da mãe:

*À noite, veio outra enfermeira e eu falei: eu ganhei o meu filho hoje, eu não vi ele até agora; eu não tenho notícias dele. (Mãe 10)*

### **Dificuldades sentidas pelos pais durante a hospitalização do pré-termo na UTIN**

Nos primeiros dias de internação do filho na UTIN as mães sentem-se tristes por ter que deixá-lo sozinho, já que elas não têm acesso livre a essa unidade:

*O mais difícil foi ter deixado ela lá, foi de ter que ir todo dia à UTIN, era uma dificuldade [...] Você vai, mas a sua cabeça fica! (choro). (Mãe 7)*

*[...] Ainda mais na UTI, a cabeça fica a mil. A gente aqui em casa ficava com o celular na mão. Porque se acontecesse alguma coisa, eles iriam ligar. Eu nem dormia direito, ficava pensando só neles, não via a hora de estar lá com eles. O meu interesse era eles falarem: Você já pode ficar. (Mãe 6)*

Outro aspecto destacado pelas mães durante a permanência do filho na UTI é a tristeza por não poder cuidar do filho, sobretudo, nos seus primeiros dias de vida:

*[...] ele não foi para casa, não fui eu quem curou o umbigo dele. Quando eu fui ficar de acompanhante, já tinha caído. Sabe, dos cuidados dos primeiros dias eu não tive. (Mãe 3)*

Os pais referem não ter realizado a posição canguru na UTI e UCINCo, além de dificuldades para pegar o bebê no colo nestas unidades por falta de incentivo da equipe de saúde:

*Na UTI era difícil da gente pegar ele porque sempre uma jogava pra outra. Elas falavam assim: Tem que ver a menina que está cuidando dele, a gente esperava essa menina que estava cuidando dele e ela nunca chegava. (Mãe 2)*

*Podia só passar a mão nele por aquela janelinha, não podia nem abrir a incubadora toda[...]era muito difícil pra mim, porque eu fiquei oito dias internada depois do parto na maternidade. E sabe, todas as mães com os nenéns e eu não podia pegar o meu e eu não sabia quando eu iria poder pega ele. (Mãe 3)*

*Sim. Passei muita dificuldade na unidade intermediária. Por eu não conhecer o Método Canguru, depois que eu conheci foi totalmente diferente, entendeu? Foi uma realização na*

*nossa vida. Porque você ter duas crianças chorando no seu ouvido e você sem saber o que fazer é muito difícil.* (Pai 2)

O que também deixou uma das mães apreensivas foi lidar com a morte e situações de doenças dos outros bebês que também estavam hospitalizados nestas unidades:

*[...] Tinha um bebê com síndrome do intestino curto e outro que faleceu, então você vê um monte de problemas, a gente acaba de ter neném, a gente fica muito sensível e eu sou muito emotiva, então eu vivia chorando.* (Mãe 9)

Uma mãe realizou a posição canguru somente na UCINCa e uma única vez durante a hospitalização das filhas. Assim, durante a entrevista a mãe justifica este fato ao falar que a posição canguru é limitada para crianças com peso inferior a dois quilos:

*O Método Canguru não seria para bebês com menos de dois quilos? Elas estavam já com mais de dois quilos.* (Mãe 11)

Além disso, os profissionais de enfermagem que cuidavam da mãe no alojamento conjunto não incentivavam e nem oportunizavam sua ida à unidade neonatal para visitar o filho:

*Ele (o pai) foi pegar a cadeira de roda com o pessoal da maternidade, as pessoas falaram pra ele que eu tinha que andar e que eu tinha que largar de moleza. Depois desse dia eu fiquei com raiva, eu falei: beleza, o dia que eu aguentar ir lá embaixo ver o nenê, eu vou; o dia que eu não aguentar, eu não vou.* (Mãe 2)

*Quando eu fui vê-los, o meu esposo foi ver a cadeira de rodas, eles falaram para ele assim: ela tem perna, ela está boa para descer. Ele perguntou: você quer ir? Eu falei: é lógico que eu quero ver meus filhos[...]tive que subir de escada do primeiro até o quinto andar porque o elevador travou. Quando foi à noite, começou a sangrar a minha cirurgia.* (Mãe 6)

Uma das mães, que necessitou de internação na UTI adulto relata que a equipe de saúde cobrava a sua presença ao lado da filha na UTIN, e, que mesmo depois de sua alta do hospital tinha dificuldades de ir visitá-la.

*[...] Elas queriam que eu fosse porque estava muito ausente, expliquei a situação pra ela: a gente mora longe, não tem carro, e, operada, pegar três ônibus [...] descer em três terminais [...] Tinha que alguém andar comigo, eu não andava sozinha, tinha medo e, para ele ir (esposo), ele tinha que largar o serviço dele.* (Mãe 1)

## **Relações conflituosas dos profissionais com a família no alojamento canguru**

As falas a seguir demonstram que os pais percebem a UCINCa como um ambiente ocioso e opressor:

*Você pode sair uns quinze minutinhos pra dar uma voltinha no corredor ou, às vezes, ir lá embaixo, mas depende de quem tiver de enfermeira [...]. Tinha uns lápis, tinha caderno, mas ninguém falava: olha, tem um caderno ali, tem lápis se você quiser escrever, desenhar, fazer alguma coisa. (Mãe 2)*

*A gente não conseguia ficar ali fechada naquele ambiente que não tem uma janela, não tem uma atividade e somente ter a dedicação exclusiva para o bebê [...]. (Mãe 4)*

*Eu estava ficando estressado, porque ali é tipo uma prisão. Você não pode sair de perto da criança, é direto ali. (Pai 3)*

Durante a internação do filho na UCINCa as mães também percebem a falta de recursos humanos e o alto índice de absenteísmo dos trabalhadores, o que reflete na assistência ao RNPT:

*Nas duas últimas semanas que eu estive lá, faltou enfermeira. E o neném passou mal. Tive que correr na UTIN. Faltava enfermeira mais à tarde e à noite. (Mãe 6)*

Outro aspecto destacado pelas mães é a dificuldade que elas têm em lidar com o rodízio semanal de profissionais na UCINCa:

*O que falta são pessoas que sejam fixas ali para ajudarem as mães. Não sei como é a política do hospital [...] mas eu acho que ali seria ideal ter só pessoas capacitadas, que tenham feito o curso do MC. (Mãe 4)*

Os pais também relatam que havia profissionais de enfermagem que se mostravam insatisfeitos por estarem escalados em determinada unidade:

*A gente está em um momento sensível, nossos filhos estão ali, a gente está fora da nossa casa e a pessoa (profissional) olhar para a nossa cara e falar assim: eu não gosto de vir aqui. Eu penso assim: então não venha! Ninguém te obrigou, pois, foi você que quis vir pra cá, foi você que quis esse emprego [...] porque eu não posso chegar lá no meu emprego e falar: eu não gosto de trabalhar aqui. Pede as contas, está trabalhando aqui por quê? Você não é obrigada. Então, pras mães, é desagradável ouvir isso. (Mãe 12)*

As mães também retrataram que os profissionais de enfermagem saíam da unidade canguru e delegavam para as mães alguns cuidados de enfermagem:

*Chegou um ponto em que a gente era que tinha que anotar em um papel o peso das fraldas. Todo mundo ficava anotando, ficava pegando prancheta, colocava um papel lá e anotava os horários das fraldas, porque as enfermeiras não ficavam lá. (Mãe 4)*

A mãe relata que na UCINCa tem alguns profissionais da enfermagem que não incentivam o contato pele a pele:

*Você pode ir lá agora e não tem ninguém no Canguru, ninguém incentiva. Ninguém fala nada. Se você quiser, você coloca, se você não quiser você não coloca. Ninguém fala: olha, vamos colocar um pouquinho no canguru, mãezinha? Ninguém fala nada, não, nenhum deles. (Mãe 2)*

Na fala de outra mãe é evidenciada a rigidez das normas da unidade no que se refere às visitas aos pré-termos:

*A minha neta queria ver a bebê, mas a psicóloga falou que não podia e que a visita era só para os irmãos. (Mãe 1)*

## DISCUSSÃO

Considerando que o MC deve contemplar o bebê e familiares, integral e singularmente, pois cada família e situações são únicas, requerendo abordagem diferenciada, as falas dos pais revelam falta de apoio dos profissionais de saúde e proibição do acompanhante no parto/nascimento do RNPT, causando à mulher solidão, impotência, tristeza e angústia, em um momento tão difícil vivido por ela.

As mudanças de paradigma da atenção perinatal devem iniciar na identificação do risco da gestante, para que se possa orientá-la e prepará-la para uma possível antecipação do parto (FERREIRA et al., 2020). O bebê imaginário, no momento do parto, necessita dar lugar ao bebê real, com características individuais, tanto biológicas como emocionais (BRASIL, 2017). No entanto, percebe-se pelas falas dos pais que desde a primeira etapa do MC a equipe de saúde tem priorizado as tecnologias duras para responder as necessidades clínicas do RNPT, em detrimento do atendimento às necessidades da família. Os resultados desta pesquisa reafirmam que a assistência prestada é fragmentada e também centrada na doença.

Além disso, os acompanhantes das mulheres entrevistadas não participaram do parto/nascimento do RNPT, o que deveria ter acontecido, mesmo em parto de risco, pois mãe e bebê precisam de apoio efetivo. Estudo realizado no Brasil evidenciou que (94,1%) das mulheres tiveram a presença do acompanhante em algum momento da internação, sendo (71,2%) em tempo integral. Das que não tiveram (28,6%) acompanhantes em tempo integral, o momento do parto foi o mais relatado por não ter sido permitida a presença do acompanhante (29,2%) (GOIABEIRA et al., 2022). Nesse sentido, um estudo realizado por Venegas et al. (2020), realizado em Bogotá, Colômbia, reforça que os direitos das gestantes devem prevalecer e que práticas desumanizantes naturalizadas no momento do parto devem ser erradicadas.

No presente estudo, foi evidenciada a dificuldade das mães em obter informações sobre a saúde do filho pré-termo hospitalizado. Sabe-se que mesmo em situações de maior gravidade e urgência, o RNPT deve ser atendido pela equipe de saúde próximo de sua mãe. Além disso, a mãe deve vê-lo e tocá-lo ainda na sala de parto, antes dele ser transferido à UTIN; caso contrário, se não for possível, os profissionais devem informá-la onde o seu bebê estará e os cuidados que ele tem recebido (BRASIL, 2017).

Os familiares dos RNPT que participaram deste estudo vivenciaram a prematuridade e, conseqüentemente, a hospitalização na unidade neonatal, até então, desconhecida para eles. Outro achado nesta pesquisa é a tristeza evidenciada pela mãe por não ter sido ela a cuidadora do filho após o nascimento. Aspecto esse já descrito pela literatura ao mostrar que a mãe do RNPT pode sentir-se despreparada pela antecipação do parto e triste por não realizar os primeiros cuidados com o filho (ROCHA et al., 2022).

No contexto da UTIN, a acessibilidade dos pais aos RN pode ser comprometida quando eles se sentem incapazes de prestar cuidados diretos aos seus bebês por causa do frágil estado de saúde, por limitações impostas pelas intervenções e rotinas da UTIN, distâncias entre a casa e o hospital e o equilíbrio das responsabilidades domésticas com o tempo gasto dentro da UTIN (ROQUE et al., 2017).

O despreparo dos profissionais de saúde para cuidar da família foi evidenciado em estudo realizado com 14 enfermeiros de uma unidade neonatal de maternidade pública de Minas Gerais, para os quais a presença da família no ambiente hospitalar é vista como fiscais dos cuidados que estão prestando às crianças e quando os profissionais inserem os pais nos cuidados, delegam a eles funções que julgam menos importantes (KEGLER et al., 2019). Esta pesquisa evidenciou que determinados profissionais de enfermagem preferem ser escalados para UTIN e UCINCo, onde o foco do trabalho é a execução dos procedimentos técnicos, ao invés de trabalhar na unidade canguru, onde exige-se uma interação maior com os familiares.

O Cuidado Centrado no Paciente e na Família (CCPF) configura-se como uma abordagem de cuidado amplamente utilizada em vários contextos de saúde, em que se respeita e responde às necessidades e valores individuais das famílias e todos os seus membros são reconhecidos como beneficiários deste cuidado. Esse modelo coloca o relacionamento empreendido entre família e a equipe de saúde no centro do cuidado (DAVIDSON et al., 2017).

Sabe-se que infelizmente, no Brasil são poucas as unidades neonatais que tem implantado o MC em todas as suas etapas. O MC requer a presença familiar, pois complementa a assistência com cuidado integral e individualizado ao RNPT. Na sua ausência, o cuidado contradiz as diretrizes do MC e é incompleto (BRASIL, 2017). Um estudo realizado com 19 profissionais de enfermagem cujo objetivo era analisar, sob a ótica dos profissionais que atuam na UTIN e dos pais das crianças internadas, o entendimento do CCPF, apresentou uma reflexão dos profissionais sobre a assistência prestada. Estes profissionais afirmaram que poderiam fazer mais, no que diz respeito à atenção voltada ao RN e sua família, pois segundo eles nos momentos de tomada de decisão, esta ainda é centralizada no profissional de saúde (RODRIGUES et al., 2019).

Sabe-se que na percepção dos pais, os momentos mais estressantes da hospitalização do filho pré-termo se devem ao fato de estarem separados dele e não conseguirem protegê-los dos procedimentos dolorosos a que são habitualmente submetidos. No entanto, o contato pele a pele, a sucção não nutritiva e

o aleitamento materno são intervenções que reduzem as respostas comportamentais e fisiológicas resultantes da dor em RNPT e a termo que deveriam estar sendo oferecidas desde a UTIN (VIEIRA et al., 2018).

As mães dos RNPT têm medo, inseguranças e dúvidas e cabe aos profissionais de saúde das unidades neonatais, minimizar estes sentimentos por meio de orientações relacionadas aos cuidados prestados ao filho hospitalizado, como a alimentação (ARAÚJO et al., 2018). Um estudo realizado com 20 mães de RNPT em Teresina no Piauí, em uma maternidade referência para a alta complexidade à saúde da mulher, revelou que as mães têm dificuldades em prestar cuidados aos filhos no MC, em especial, aqueles relacionados à alimentação, higiene e manuseio, somados ao cansaço emocional e físico (CANTANHEDE et al., 2020). A assistência nessas unidades deveria focalizar no acolhimento, nas orientações, no trabalho em equipe, na empatia, na formação de vínculos e histórias de vida do bebê e familiares (SALES et al., 2018a).

Nesta perspectiva, um estudo realizado em uma UTIN de um hospital universitário de Cuiabá, Mato Grosso, com 11 enfermeiras, mostrou que as entrevistadas entendem a conduta empática como uma comunicação efetiva entre a enfermagem e as famílias, o conhecimento das necessidades sociais das famílias e o acolhimento destas no ambiente hospitalar (MUFATO; GAIVA, 2020). Neste contexto, os profissionais que atuam na UCINCa têm um papel fundamental para o RNPT e sua família, especialmente a equipe de enfermagem. Estes profissionais são os responsáveis por manter a estabilidade clínica do RNPT, e uma relação positiva com os pais, pois estes necessitam de informações detalhadas, em linguagem acessível, sobre o estado clínico e procedimentos realizados. Cabe ainda a esses profissionais, oferecer ações educativas aos familiares que permitirão a continuidade dos cuidados prestados na unidade neonatal no domicílio (SALES et al., 2018b).

No presente estudo, foi possível perceber que os pais e as mães foram expectadores dos cuidados prestados a seus filhos pré-termos e que seus sentimentos e suas opiniões foram pouco valorizados. Além disso, o contato pele a pele que deveria ser estimulado precocemente já na UTIN e UCINCo, auxiliando no vínculo mãe-filho, sendo crescente e gradual, evoluindo até a posição canguru, não ocorreu (BRASIL, 2017). Um novo modelo de atenção à saúde exige o preparo da instituição e dos profissionais para sua implementação. Dessa forma, capacitações, treinamentos e rodas de conversa voltada à equipe de saúde são importantes estratégias para a efetividade do MC (LUZ et al., 2022).

A política pública direcionada aos RNPT foi idealizada para o cuidado multidisciplinar, integral e humanizado. A equipe de saúde conhece as etapas do MC e seus benefícios, contudo, a prática não reflete melhoria da assistência, com resistência e desinteresse de profissionais por não lhe atribuírem importância, tornando a prática de assistência pouco reflexiva. Os Pesquisadores reafirmam ainda a falta de adesão dos profissionais às mudanças assistenciais propostas pelo método (FERREIRA et al., 2019). Tal qual observado pelos pais nesta pesquisa.

Destacou-se também nos resultados do estudo, a restrição de visitas de familiares aos bebês pré-termo internados. No hospital em análise, os pais e as mães possuem livre acesso às unidades neonatais e são permitidas duas visitas de outros familiares por dia, já os irmãos dos bebês com menos de 18 anos tem autorização de entrada apenas uma vez por semana e a visita é realizada junto com a psicóloga do serviço.

A restrição ou proibição da presença de irmãos de RN hospitalizados em UTIN é justificada pelo aumento do risco de infecção. Contudo, já há evidências comprovando que a entrada de irmãos na UTIN não aumenta as infecções virais (HORIKOSHI et al., 2018). Além disso, a visita dos irmãos é indicada, pois diminui a ansiedade e os deixa seguros quanto ao seu lugar na família. Não há limite de idade para a vinda dos irmãos a unidade neonatal, mas a entrada se diferencia de acordo com cada faixa etária. Sugere-se que se tenha um horário comum para a chegada dos irmãos, permitindo que, ao formarem um grupo, possam observar outras crianças, iguais a eles e que estão vivendo este momento de hospitalização do irmão (BRASIL, 2017).

Ainda em relação às visitas, devem-se levar em consideração as novas formações familiares, como a apresentada neste estudo em que a avó criava a neta como filha e que para ela era importante à visita da neta ao pré-termo, neste momento de dificuldade para toda a família.

Além do mais, o pai ainda permanece na condição de visitador, provedor e apoiador da mãe sem efetivamente participar dos cuidados do filho pré-termo, tal qual observado no presente estudo em que os pais só puderam acompanhar a esposa e os filhos durante a hospitalização nas situações de gemelaridade. É importante o pai ser acolhido pela equipe de saúde e participar dos cuidados do filho, pois, assim como a mãe, o pai vivencia sentimentos de frustração, impotência, medo do desconhecido e preocupação com a esposa (SANTOS; GUARANY, 2019).

Por se tratar de um Estudo de Caso os dados apresentados sobre as dificuldades vivenciadas pelos pais com o MC são referentes a um único hospital, mas são relevantes, uma vez que este é credenciado para o MC e IHAC. Outro fator limitante do estudo foi o número reduzido de pais participantes em relação às mães. Assim, sugerem-se novas investigações envolvendo outros hospitais da capital e do interior do estado, bem como, maior participação do pai, além de profissionais de saúde, para ampliar a compreensão do fenômeno estudado. Os resultados deste estudo poderão subsidiar gestores e profissionais de saúde na mudança do modelo de atenção que se faz necessária, em especial, com foco no processo de trabalho.

## CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que há uma lacuna entre o MC enquanto política e o que de fato é desenvolvido pela equipe de saúde, no contexto de um hospital referência estadual. Os resultados evidenciam que os pais se sentem desamparados devido ao cuidado fragmentado e pelo despreparo dos profissionais de saúde no que diz respeito à complexidade das relações que envolvem o trabalho com o

RNPT e as famílias, no âmbito individual e coletivo. Os resultados reforçam a necessidade de uma política institucional e um programa educativo, para sensibilizar e conscientizar estes profissionais a fim de oportunizar habilidades específicas de cuidado neste contexto, que promovam a efetiva participação da família.

O MC como uma tecnologia de cuidado vai além da recomendação do contato pele a pele. É uma mudança de paradigma, cujo foco é a humanização da atenção à saúde, do cuidado centrado no paciente e na família, na individualização do cuidado e de mudanças efetivas na assistência prestada pelos profissionais aos RNPT e família, ou seja, tem seu foco nas tecnologias leves. Assim, a implementação do MC na prática clínica requer além das políticas governamentais a sua incorporação à filosofia institucional.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, B. B. M. *et al.* Prática social da enfermagem na promoção do cuidado materno ao prematuro na unidade neonatal. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 4, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018002770017>. Acesso em: 6 dez. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_metodo\\_canguru\\_manual\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf). Acesso em: 30 jul. 2022.
- BROTHERTON, H. *et al.* Impact of early kangaroo mother care versus standard care on survival of mild/moderately unstable neonates. **EClinicalMedicine**, [s. l.], v. 39, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34401686/>. Acesso em: 6 dez. 2022.
- CANTANHEDE, E. S. *et al.* Experiências das mães no cuidado ao recém-nascido prematuro no método canguru. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, PR, v. 25, p. e67416, 2020. Disponível em: 10.5380/ce.v25i0.67416. Acesso em: 5 jul. 2022.
- DAVIDSON, J. E. *et al.* Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. **Critical Care Medicine**, Baltimor, v. 45, n. 1, p. 103-128. 2017. Disponível em: 10.1097/CCM.0000000000002169. Acesso em: 18 jul. 2022.
- FERREIRA, D. O. *et al.* Kangaroo method: perceptions on knowledge, potentialities and barriers among nurses. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, e20190100. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0100>. Acesso em: 6 dez. 2022.
- FERREIRA, M. B; MONTEIRO, D. R.; SOUZA, T. C. Em busca da humanização na UTI neonatal: método mãe canguru. **Research, Society and Development Journal**, [s. l.], v. 9, n. 11, p. e3089119631, 2020. Disponível em: DOI: 10.33448/rsd-v9i11.9631. Acesso em: 30 jul. 2022.
- FRANÇA, E. B. *et al.* Principais causas de mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 46-60. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050005>. Acesso em: 31 jul. 2022.
- GOIABEIRA, Y. N. L. A. *et al.* Presença do acompanhante em tempo integral em maternidades brasileiras vinculadas à Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1581-1594. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.07462021>. Acesso em: 5 dez. 2022.
- HORIKOSHI, Y. *et al.* Sibling visits and viral infection in the neonatal intensive care unit. **Pediatrics international: official journal of the Japan Pediatric Society**, [s. l.] v. 60, n. 2, p. 153-156, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ped.13470>. Acesso em: 5 jul. 2022.
- KEGLER, J. J. *et al.* Estresse em pais de recém-nascidos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1 p. e20180178, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0178>. Acesso em: 2 jul. 2022.

LUZ, S. C. L. *et al.* Kangaroo Method: potentialities, barriers and difficulties in humanized care for newborns in the Neonatal ICU. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, Brasília, DF, v. 75, n. 2, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1121>. Acesso em: 5 dez. 2022.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro, RJ: Vozes; 2016.

MUFATO, L. F; GAIVA, M. A. M. Reasons why of nurses empathy with newborn families in neonatal ICU. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 41, p. e20190508. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190508>. Acesso em: 29 jul. 2022.

NARCISO, L. M; BELEZA, L. O; IMOTO, A. M. The effectiveness of Kangaroo Mother Care in hospitalization period of preterm and low birth weight infants: systematic review and meta-analysis. **Jornal de pediatria**, Porto Alegre, v. 98, n. 2, p. 117–125, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2021.06.004>. Acesso em: 5 dez. 2022.

OTTOSSON, C; LANTZ, B. Parental participation in neonatal care. **Journal of Neonatal Nursing**, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 112-118. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2016.11.001>. Acesso em: 20 jun. 2022.

PÍCOLI, R. P; CAZOLA, L. H. O; NASCIMENTO, D. D. G. Mortalidade infantil e classificação de sua evitabilidade por cor ou raça em Mato Grosso do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3315-3324. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.26622017>. Acesso em: 2 jun. 2022.

ROCHA, D. S. *et al.* Percepções maternas sobre o cuidado com o recém-nascido prematuro. **Brazilian Journal of Development**, [s. l.], v. 8, n. 3, p. 22063-22076, mar. 2022. Disponível em: 10.34117/bjdv8n3-416. Acesso em: 5 dez. 2022.

RODRIGUES, B. C. *et al.* Cuidado centrado na família e sua prática na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Rene**, [s. l.], v. 20, p. e39767, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192039767>. Acesso em: 6 jun. 2022.

ROQUE, A. T. F. *et al.* Scoping Review of the Mental Health of Parents of Infants in the NICU. **JOGNN - Journal Obstetric Gynecology & amp Neonatal Nursing**, [s. l.], v. 46, n. 4, p. 576–87, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2017.02.005>. Acesso em: 31 jul. 2022.

SALES, I. M. M. *et al.* Sentimentos de mães na unidade canguru e as estratégias de suporte dos profissionais de enfermagem. **Revista Cuidarte**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 2413-22, 2018a. Disponível em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i3.545>. Acesso em: 28 jul. 2022.

SALES, I. M. M. *et al.* Contribuições da equipe enfermagem na segunda etapa do Método Canguru: implicações para a alta hospitalar do recém-nascido. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. e20180149. 2018b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0149>. Acesso em: 12 jun. 2022.

SANTOS, R. P; GUARANY, N. R. A experiência do pai na unidade de tratamento intensivo neonatal. **Revisbrato - Interinstitucional Brazilian Journal of Occupational Therapy**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 230-246, 2019. Disponível em: 1047222/2526-3544rbto21248. Acesso em: 21 jun. 2022.

VANEGAS, D. P. O. *et al.* Humanização dos serviços reprodutivos a partir das experiências das mulheres: contribuições para a reflexão. **Revista Cuidarte**, [s. l.], v. 11, n. 2, p. e1005. 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3595/359565318013/movil/>. Acesso em: 30 jul. 2022.

VIEIRA, A. C. *et al.* Uso da rede social Facebook™ na coleta de dados e disseminação de evidências. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. e20170376, 2018. Disponível em: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0376. Acesso em: 4 jun. 2022.

---

**Conflito de Interesse:** Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 03/08/2022

ACEITO: 10/12/2022

# PREMATURIDADE E FATORES ASSOCIADOS AO PRÉ-NATAL EM UM HOSPITAL MATERNIDADE DE REFERÊNCIA

PREMATURITY AND FACTORS ASSOCIATED WITH PRENATAL IN A REFERENCE MATERNITY HOSPITAL

Jane de Carlos Santana Capelli<sup>1</sup>, Luana Silva Monteiro<sup>2</sup>, Thainá Lobato Calderoni<sup>3</sup>, Cleber Nascimento do Carmo<sup>4</sup>, Mônica de Carvalho Feroni<sup>5</sup>, Simone Augusta Ribas<sup>6</sup>

## RESUMO

**Introdução:** No Brasil, a prematuridade é considerada um problema de saúde pública por estar entre as principais causas de morte no período neonatal e em crianças menores de cinco anos. **Objetivo:** Investigar a frequência da prematuridade e os fatores associados em um hospital maternidade de referência no município de Macaé. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo seccional, descritivo, com coleta de dados primários e secundários hospitalares entre agosto e dezembro de 2014, de puérperas adultas, residentes em Macaé, Rio de Janeiro. Utilizou-se um questionário estruturado com informações sobre a puérpera e o recém-nascido. Analisaram-se as características socioeconômicas, demográficas, de pré-natal e peso ao nascer. As proporções foram comparadas através do teste  $\chi^2$ , e foram exploradas as relações conjuntas entre as variáveis selecionadas por meio da análise de correspondência múltipla. **Resultados:** Participaram 103 puérperas do estudo, com média de idade( $\pm$ DP) de 25,5( $\pm$ 4) anos. A frequência da prematuridade e do baixo peso ao nascer foi de 10,7% e 7,8%, respectivamente. Encontrou-se a associação estatisticamente significativa entre a prematuridade e a puérpera não ter companheiro, a baixa escolaridade, a renda familiar de até 2 salários-mínimos, o excesso de peso (sobrepeso e obesidade) pré-gestacional, e o número de consultas pré-natal igual ou superior a seis, o recém-nascido ter baixo peso ao nascer. **Conclusão:** A prematuridade foi elevada no grupo avaliado e os fatores associados foram estado civil, renda, escolaridade, excesso de peso, número de consultas pré-natal e baixo peso ao nascer.

**Palavras-chave:** Cuidado Pré-Natal. Política de Saúde. Recém-Nascido Prematuro.

## ABSTRACT

**Introduction:** In Brazil, prematurity is considered a public health problem because it is among the main causes of death in the neonatal period and in children under five years of age. **Objective:** To investigate the frequency of prematurity and associated factors in a reference maternity hospital in Macaé City. **Materials and Methods:** This is a cross-sectional, descriptive study, with primary and secondary hospital data collected between August and December 2014, from adult mothers living in Macaé, Rio de Janeiro. A structured questionnaire was used with information about the puerperal woman and the newborn. Socioeconomic, demographic, prenatal and birth weight characteristics were analyzed. Proportions were compared using the  $\chi^2$  test, and joint relationships between selected variables were explored using multiple correspondence analysis. **Results:** One hundred and three postpartum women participated in the study, with a mean age( $\pm$ SD) of 25.5( $\pm$ 4) years. The frequency of prematurity and low birth weight was 10.7% and 7.8%, respectively. A statistically significant association was found between prematurity and the puerperal woman not having a partner, low education, family income of up to 2 minimum wages, pre-gestational excess weight (overweight and obesity) and the number of prenatal consultations equal to or greater than six, the newborn having low birth weight. **Conclusion:** Prematurity was high in the evaluated group and the associated factors were marital status, income, education, overweight, number of prenatal consultations and low birth weight.

**Keywords:** Prenatal Care. Health Policy. Infant Premature.

<sup>1</sup> Instituto de Alimentação e Nutrição, Centro Multidisciplinar, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Macaé, RJ. Brasil. ORCID: 0000-0002-8009-3715. E-mail: jscapelli@gmail.com.

<sup>2</sup> Instituto de Alimentação e Nutrição, Centro Multidisciplinar, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Macaé, RJ. Brasil. ORCID: 0000-0003-3599-6947. E-mail: luananutrir@gmail.com.

<sup>3</sup> Instituto de Alimentação e Nutrição, Centro Multidisciplinar, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Macaé, RJ. Brasil. ORCID: 0000-0002-6075-6913. E-mail: tlc.thaina@gmail.com.

<sup>4</sup> Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ. Brasil. ORCID: 0000-0003-4165-2198. E-mail: cleber.carmo@ensp.fiocruz.br.

<sup>5</sup> Instituto de Alimentação e Nutrição, Centro Multidisciplinar, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Macaé, RJ. Brasil. ORCID: 0000-0002-9777-3063. E-mail: mferoni@hotmail.com.

<sup>6</sup> Departamento de Nutrição em Saúde Pública, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ. Brasil. ORCID: 0000-0002-3947-9800, E-mail: simone.ribas@unirio.br.



## INTRODUÇÃO

A prematuridade é considerada um problema de saúde pública no Brasil por estar entre as principais causas de morte no período neonatal e em crianças menores de cinco anos (FRANÇA *et al.*, 2017; LEAL *et al.*, 2016). Entende-se por prematuridade o período de nascimento que antecede a 37ª semana de gestação completas, podendo ser subdividida em: prematuros extremos, muito prematuros e moderados (BLENCOWE *et al.*, 2013).

No mundo, o número de nascimentos prematuros vem aumentando na maioria dos países, detectando-se em aproximadamente 15 milhões de neonatos a cada ano, o que corresponde a aproximadamente 11,0% de todos os partos (HARRISON; GOLDENBERG, 2016). No Brasil, segundo a pesquisa de abrangência nacional “Nascer no Brasil”, realizada em 2011-2012, a prevalência foi de 11,5% de nascimentos prematuros (LANSKY *et al.*, 2014; LEAL *et al.*, 2016), encontrando-se entre os dez países com o maior número de nascidos prematuros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Martinelli *et al.* (2021), em um estudo ecológico de série temporal, com o objetivo de analisar a tendência de prematuridade no Brasil, entre 2012 e 2019, segundo características sociodemográficas, do pré-natal e parto, a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), detectaram que a proporção de prematuridade no Brasil apresentou tendência decrescente, com variação de 10,87% a 9,95% no período, com menor proporção em 2015 (9,77%).

Dados do relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que os recém-nascidos prematuros se destacam por apresentarem maior risco de morte e invalidez no período neonatal (GONZAGA *et al.*, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019) e maior susceptibilidade às intercorrências clínicas como, por exemplo, o retardo do crescimento e infecções, e, em alguns podem evoluir para alterações respiratórias, neurológicas, oftalmológicas e distúrbios metabólicos (ARAÚJO *et al.*, 2012).

Dentre os fatores associados à prematuridade podem ser destacados: a idade da mãe abaixo de 20 anos ou maior que 40 anos; nível socioeconômico baixo; história de parto pré-termo; estatura materna inferior a 1,52 metros; gestação gemelar; hábito de fumar; ser mãe solteira; ocupação materna em atividade profissional remunerada; estado nutricional; inadequação ponderal materna; raça/cor; exposição a substâncias tóxicas; ausência de pré-natal ou número reduzido de consultas; tipo de parto; e doenças associadas (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

Tendo em vista o incremento ao longo dos anos, a sua magnitude e fatores associados no Brasil, bem como a escassez de dados que apresentem a realidade da prematuridade no município de Macaé que possam subsidiar ações de gestores no campo das políticas públicas, o presente estudo tem como objetivo investigar a frequência da prematuridade e os fatores associados em um hospital maternidade de referência de referência no município de Macaé.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo seccional, descritivo, com coleta de dados primários e secundários hospitalares de puérperas adultas, moradoras de Macaé-RJ, atendidas em um hospital maternidade de referência do município, no período de agosto a dezembro de 2014.

O município de Macaé localiza-se na região Norte Fluminense, com estimativa populacional de 206.728 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016) e registro de 4.174 nascidos vivos filhos de mães residentes no município (SINASC/DATASUS) para o ano de 2014. A maternidade que foi *locus* do estudo registrou 2.432 recém-nascidos vivos em 2014 (BRASIL, 2014).

Os critérios de elegibilidade das puérperas (e seus recém-nascidos) foram: ser residente no município de Macaé e terem à época do estudo idade entre 20 e 35 anos. Os critérios de exclusão adotados foram: registro de complicações no parto, como: gestação de alto risco (com doença obstétrica na gestação atual: pré-eclâmpsia, eclâmpsia, e diabetes mellitus gestacional).

O tamanho amostral foi calculado tendo em vista uma população finita de 2.500 partos por ano, com prevalência estimada para o baixo peso de 10%, margem de erro de 5%, intervalo de confiança de 90%, consideraram-se 10% a mais para eventuais perdas, totalizando 103 puérperas.

A coleta de dados foi realizada por entrevistador, previamente treinado para a aplicação do questionário, em três turnos na semana. Todas as puérperas foram esclarecidas sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não houve recusas no decorrer da coleta. As entrevistas com as puérperas ocorreram nas primeiras 48 horas após admissão no alojamento conjunto da maternidade do Hospital.

O questionário da pesquisa foi um instrumento estruturado com informações sobre a puérpera e seu recém-nascido, a partir das seguintes variáveis: (a) dados demográficos – idade (anos), (b) dados socioeconômicos – estado civil (com companheiro e sem companheiro), escolaridade (anos de estudo), renda familiar (salário-mínimo), tabagismo (sim ou não), etilismo (sim ou não); (c) dados antropométricos – estatura (m), peso pré-gestacional (Kg), índice de massa corporal pré-gestacional ( $\text{Kg}/\text{m}^2$ ), peso ao nascer em gramas do recém-nascido; (d) outras variáveis – idade gestacional (em semanas) na primeira consulta pré-natal, classificação nutricional pré-gestacional, classificação do peso ao nascer e frequência ao pré-natal (número de consultas), idade gestacional no momento do parto. A medida da idade gestacional foi baseada na data da última menstruação. Os dados antropométricos e as informações desconhecidas pelas puérperas foram obtidas nos prontuários da maternidade e no cartão da gestante, fontes aqui compreendidas como secundárias.

O recém-nascido com a idade gestacional inferior a 37 semanas foi classificado como prematuro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). A prevalência da prematuridade acima de 10% foi considerada elevada, segundo a classificação da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

A classificação das variáveis antropométricas se deu a partir do estado nutricional pré-gestacional, determinado pelo Índice de Massa Corporal (IMC), obtido pela relação peso (Kg)/estatura (m)<sup>2</sup>; com classificação pelos pontos de corte do *National Academy of Sciences do Institute of Medicine*, no qual o IMC <18,5 = baixo peso; entre 18,5 – 24,9 é peso adequado; entre 25,0 – 29,9 = sobrepeso; e ≥30,0 = obesidade (INSTITUTE OF MEDICINE, 2009).

Para a classificação do peso ao nascer, seguiu-se o critério recomendado pela OMS com os pontos de corte de: Baixo peso: <2.500g; Peso insuficiente: 2.500 a 2.999g; Peso adequado: 3.000 a 3.999g; Excesso de peso: ≥4000g (PUFFER; SERRANO, 1987).

Os dados foram digitados e consolidados utilizando-se os programas *Excel for Windows 2007* e *Statistical Package for Social Sciences - SPSS*, versão 19 (IBM SPSS Statistics). Na análise, as variáveis contínuas foram descritas por meio de média e desvio padrão ( $\pm$ DP), e as categóricas por meio de proporção e valores absolutos. Posteriormente, realizou-se uma descrição bivariada das características socioeconômicas, demográficas e de pré-natal das puérperas, comparando as proporções através do teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ), considerando um nível de significância de 5%. Além disso, buscou-se explorar as associações entre os fatores socioeconômicos, demográficos e de pré-natal das puérperas e a prematuridade por meio da análise de correspondência múltipla, utilizando-se o mapa perceptual. A análise de correspondência permite verificar associações ou similaridades entre variáveis qualitativas ou variáveis contínuas categorizadas. A representação gráfica permite observar as posições das categorias de cada variável no plano multidimensional que podem ser interpretadas como associações. Assim, calculou-se o conjunto de eixos fatoriais, cada um maximizando uma parcela da variabilidade dos dados (MOTA; VASCONCELOS; ASSIS, 2007).

Neste estudo, foram construídos dois mapas perceptuais. O primeiro apresentando a análise de correspondências múltiplas entre prematuridade e as variáveis escolaridade, estado civil e renda familiar. O segundo, apresentando a análise de correspondências múltiplas entre prematuridade e as covariáveis idade gestacional categorizada, IMC pré-gestacional, peso ao nascer (dicotômica) e número de consultas pré-natal (dicotômica).

O estudo está em atendimento aos princípios éticos contidos na Resolução n.º 510/2016, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE de nº. 32809614.1.0000.5244, e parecer no. 764.390.

## RESULTADOS

Neste estudo, participaram 103 puérperas com média de idade de 25,5(±4) anos. A Tabela 1 apresenta as características socioeconômicas e demográficas das puérperas analisadas, detectando-se maior proporção de puérperas na faixa etária entre 20 e 25 anos (52,4%), com companheiro (58,3%), com escolaridade inferior a 9 anos (90,3%), renda familiar igual ou inferior a dois salários-mínimos (63,8%), não tabagista (87,4%) e não etilista (75,7%), e todas apresentando diferenças estatisticamente significativas (p-valor <0,01), exceto o estado civil.

**Tabela 1** - Características socioeconômicas e demográficas de puérperas assistidas em um hospital maternidade de referência de Macaé, 2014 (n=103).

Variáveis	n	%	p-valor <sup>1</sup>
<b>Idade (anos)</b>			
20-25	47	45,6	<0,01
25-30	36	35,0	
30-35	20	19,4	
<b>Estado Civil</b>			
Com companheiro	60	58,3	0,09
Sem companheiro	43	41,7	
<b>Escolaridade (anos)</b>			
<9	93	90,3	<0,01
≥9	10	9,7	
<b>Renda Familiar (SM)<sup>2</sup></b>			
1	4	4,8	<0,01
1-2	49	59,0	
3-4	22	26,5	
5 +	8	9,6	
<b>Tabagismo</b>			
Sim	13	12,6	<0,01
Não	90	87,4	
<b>Etilismo</b>			
Sim	25	24,3	<0,01
Não	78	75,7	

Fonte: Elaborada pelos próprios autores.

<sup>1</sup>Teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ).

<sup>2</sup>SM: salário-mínimo.

A tabela 2 apresenta as características das puérperas quanto a assistência pré-natal, e dos recém-nascidos, detectando-se 67,0% das puérperas realizando seis ou mais consultas pré-natal, 97,0% com estatura acima de 1,50 metros, 49,5% com peso adequado, contudo, o excesso de peso (sobrepeso e obesidade) foi de 40,5%, 10,7% dos recém-nascidos foram prematuros e 7,8% nasceram com baixo peso. Todas apresentaram diferenças estatisticamente significativas (p-valor <0,01),

**Tabela 2** - Características clínicas, nutricionais de puérperas e dos recém-nascidos em um hospital maternidade de referência de Macaé, 2014 (n=103).

Variáveis	n	%	p-valor <sup>1</sup>
<b>Número de consultas pré-natal</b>			
<6	34	33,0	<0,01
≥6	69	67,0	
<b>Estatura (metros)</b>			
<1,50	3	3,0	<0,01
≥1,50	96	97,0	
<b>IMC Pré-gestacional<sup>2</sup></b>			
Baixo Peso	10	10,1	<0,01
Peso Adequado	49	49,5	
Sobrepeso	15	15,2	
Obesidade	25	25,3	
<b>Prematuridade<sup>3</sup></b>			
Sim	11	10,7	<0,01
Não	92	89,3	
<b>Peso ao nascer</b>			
<2500g	8	7,8	<0,01
≥2500g	95	92,2	

Fonte: Elaborada pelos próprios autores.

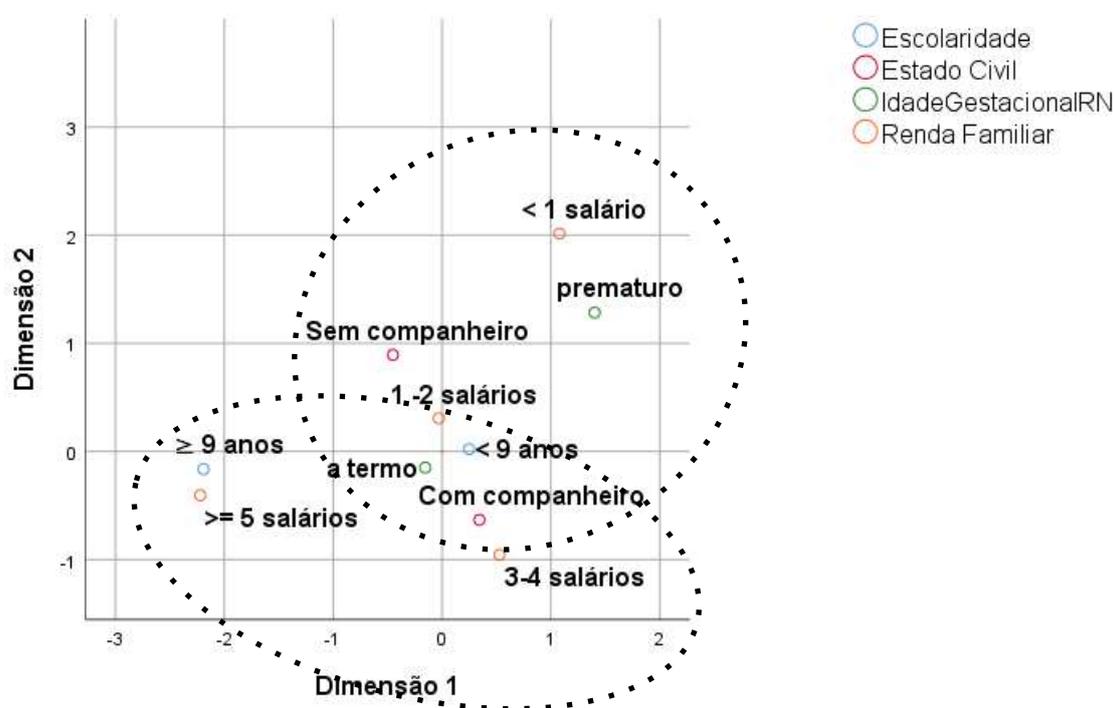
<sup>1</sup>Teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ).

<sup>2</sup>Índice de Massa Corporal pré-gestacional.

<sup>3</sup>Prematuridade: recém-nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas.

O gráfico 1 (mapa perceptual) apresenta o perfil multivariado das associações entre a prematuridade e as variáveis escolaridade, estado civil e renda familiar, sendo capaz de explicar 64,3% da variabilidade total dos dados em duas dimensões (inércia total, sendo 34,9% na dimensão 1 e 29,4% na dimensão 2). Foi possível identificar dois perfis no gráfico, o primeiro associando a prematuridade à puérpera não ter companheiro, ter baixa escolaridade (menor que 9 anos de estudo) e renda familiar de até 2 salários-mínimos. O segundo perfil, associando neonatos a termo de puérperas casadas (tem companheiro) e com maior poder de renda e maior escolaridade (Gráfico 1).

**Gráfico 1** - Análise de correspondências múltiplas entre prematuridade e as variáveis escolaridade, estado civil e renda familiar de puérperas assistidas em um hospital maternidade de Macaé, 2014 (n=103).



Fonte: Elaborada pelos próprios autores.

Escolaridade (em anos): < 9 anos e  $\geq$  9 anos.

Idade Gestacional RN: prematuro; a termo.

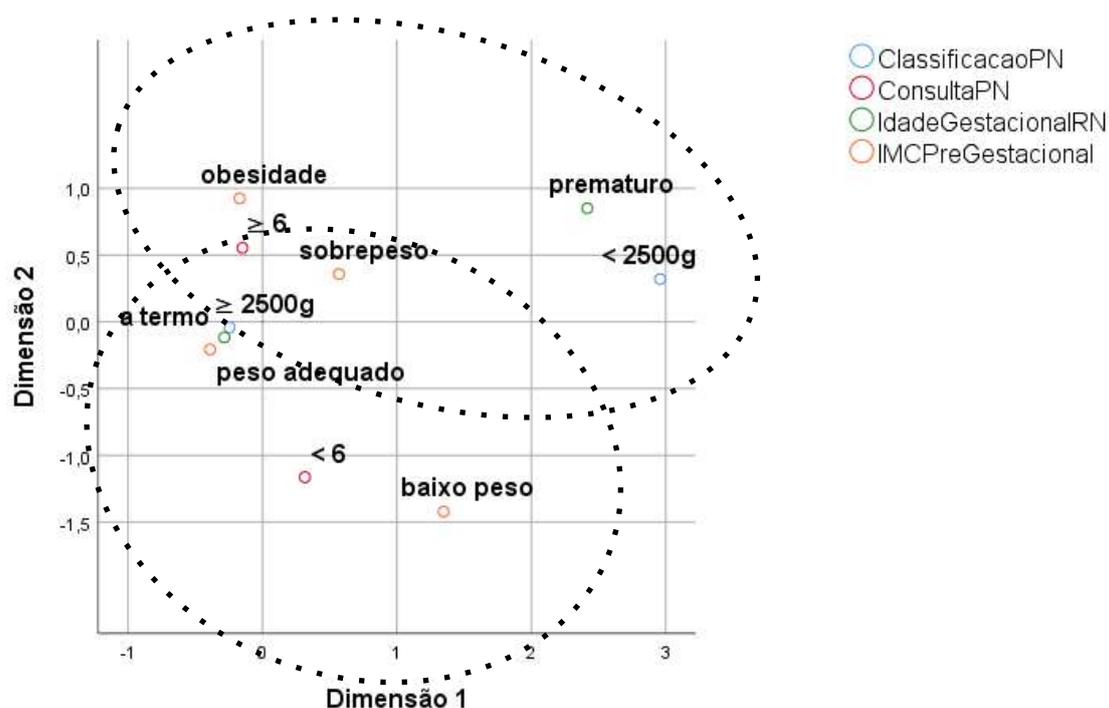
Estado Civil: Sem companheiro e Com companheiro.

Renda familiar: < 1 salário; 1-2 salários; 3-4 salários;  $\geq$  5 salários.

O perfil multivariado das associações entre a prematuridade e as covariáveis idade gestacional categorizada, IMC pré-gestacional, peso ao nascer (dicotômica) e número de consultas pré-natal (dicotômica) é apresentado no gráfico 2. Esta análise, por sua vez, conseguiu explicar 74,4% da variabilidade dos dados, em duas dimensões (inércia total, sendo 44,5% na dimensão 1 e 29,9% na dimensão 2). Identificaram-se também dois grupos no mapa perceptual, o primeiro associa neonatos a termo de puérperas com IMC pré-

gestacional adequado e baixo peso, com menos de seis consultas pré-natal e peso ao nascer  $\geq 2.500\text{g}$ . O segundo grupo associa a prematuridade à puérpera com sobrepeso e obesidade (excesso de peso), com número de consultas pré-natal igual ou superior a seis e baixo peso ao nascer inferior a  $2.500\text{g}$  (Gráfico 2).

**Gráfico 2** - Análise de correspondências múltiplas entre prematuridade e as variáveis categóricas idade gestacional, IMC pré-gestacional<sup>1</sup>, peso ao nascer e número de consultas pré-natal de puérperas assistidas em um hospital maternidade de referência de Macaé, 2014 (n=103).



Fonte: Elaborada pelos próprios autores.

Classificação PN: classificação do peso ao nascer ( $< 2.500\text{g}$ ;  $\geq 2.500\text{g}$ ).

Consulta PN: número de consultas pré-natal ( $< 6$ ;  $\geq 6$ ).

Idade gestacional RN: idade gestacional do recém-nascido (prematuro; a termo).

IMC Pre Gestacional: Índice de Massa Corporal pré-gestacional (peso adequado; sobrepeso; obesidade).

## DISCUSSÃO

O estudo detectou a prematuridade superior a 10,0%, sendo considerada elevada. A maior parte das puérperas apresentou idade entre 20 e 25 anos, com companheiro e número ideal de consultas pré-natal, contudo, observou-se baixa renda e escolaridade inferior a nove anos. Quanto ao estado nutricional pré-gestacional, 2/5 da população avaliada apresentou excesso de peso (sobrepeso e obesidade). A prematuridade foi associada à puérpera não ter companheiro, ter baixa escolaridade, renda familiar de até 2 salários-mínimos, ter excesso de peso pré-gestacional, apresentar o número de consultas pré-natal igual ou superior a seis, o recém-nascido ter baixo peso ao nascer.

A prematuridade é um fator relacionado à morbimortalidade infantil, sendo uma das principais causas das mortes neonatais (BALBI *et al.*, 2016). Ademais, o recém-nascido prematuro pode apresentar sequelas no decorrer de sua vida, como déficit motor, deficiência de aprendizagem e visual, retinopatia, paralisia cerebral (ARRUDA; MARCON, 2010) gerando preocupações da parte da família e da equipe de saúde (BARIZÓN *et al.*, 2015).

Estudo realizado por Chawanpaiboon *et al.* (2019) teve como objetivo estimar as taxas globais, regionais e nacionais de parto prematuro em 2014, com tendências ao longo do tempo para alguns países selecionado, por meio da busca sistemática de dados sobre nascimento prematuro para 194 Estados Membros da OMS de 1990 a 2014, em bancos de dados de registro civil nacional e estatísticas vitais (CRVS). Os autores detectaram a taxa global de nascimentos prematuros estimada em 2014 de 10,6% (intervalo de incerteza 9,0-12,0), equivalendo a uma estimativa de 14,84 milhões (12,65 milhões -16,73 milhões) de nascimentos prematuros vivos no período. Além disso, verificou-se que 12,0 milhões (81,1%) desses nascimentos prematuros ocorreram na Ásia e na África Subsaariana. As taxas regionais de parto prematuro variaram de 13,4% (6,3-30,9) no norte da África a 8,7% (6,3-13,3) na Europa. Índia, China, Nigéria, Bangladesh e Indonésia foram responsáveis por 57,9 milhões (41×4%) de 139,9 milhões de nascidos vivos e 6,6 milhões (44×6%) de nascimentos prematuros globalmente em 2014. Dos 38 países com dados de alta qualidade, as taxas de parto prematuro aumentaram desde 2000 em 26 países e diminuíram em 12 países.

Dados da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), em 2016, revelaram a prevalência de 11,5% de prematuridade no Brasil, sendo duas vezes maior que os índices nos países europeus (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2016). Adicionalmente, as complicações decorrentes da prematuridade foram responsáveis por 14,0% das mortes de crianças menores de cinco anos, no ano de 2010 (BRASIL, 2012). Pode-se observar que o Brasil apresentou a proporção elevada de prematuridade quando comparado aos países da Europa (8,7%) e a global (10,6%), no ano de 2014 (CHAWANPAIBOON *et al.*, 2019).

Segundo Martinelli *et al.* (2021), a proporção maior de nascimentos prematuros pode ser devido ao novo modelo obstétrico recomendado pelo Ministério da Saúde, por meio de duas publicações, a Diretriz de Atenção à Gestante: a operação cesariana (BRASIL, 2015), e a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017), que adotaram o parto cesáreo como principal por intervenção obstétrica.

A intervenção e a assistência à saúde, portanto, são necessárias por toda a vida, uma vez que o nascimento prematuro pode gerar consequências que repercutirão negativamente na vida adulta (BALBI *et al.*, 2016). Todavia, é essencial que sejam realizadas ações preventivas no acompanhamento pré-natal na perspectiva de garantir a evolução saudável da gestação. Assim, a adequação do pré-natal, com atendimento individualizado e escuta qualificada, poderá refletir e impedir desfechos perinatais negativos (MARQUES *et al.*, 2021).

Estudos em diferentes regiões brasileiras encontraram associação da prematuridade com a escolaridade, renda e número de consultas pré-natal (GONZAGA *et al.*, 2016; RAMOS, CUMAN, 2009; VANIN *et al.*, 2020), assemelhando-se aos achados deste estudo quanto às variáveis escolaridade e renda.

O estudo epidemiológico de corte transversal avaliando os fatores de risco associados à prematuridade, desenvolvido por Ramos e Cuman (2009), visando identificar o perfil de mães e de prematuros nascidos vivos e caracterizar os recém-nascidos prematuros em situação de risco para o crescimento e desenvolvimento, na cidade de Guarapuava, PR, analisaram dados de uma amostra composta por 106 declarações de nascidos vivos prematuros, de janeiro a junho de 2005, e suas respectivas mães, obtidos a partir do sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC) com base nas declarações de nascidos vivos. O estudo identificou que das 101 mães de recém-nascidos prematuros, 47,0% tinham baixa escolaridade, ou seja, tinham ensino fundamental incompleto, tempo de estudo igual ou menor que 7 anos. Além disso, em relação ao acompanhamento pré-natal, 32,0% realizaram sete ou mais consultas, 51,0% realizaram de 4 a 6 consultas, 14,0% realizaram de 1 a 3 consultas e 3,0% não realizaram nenhuma consulta. Os autores apontaram que o parto prematuro é de origem multifatorial, tendo-se que “prever e considerar riscos e prognósticos para que se possa eventualmente instaurar e promover medidas preventivas” (RAMOS; CUMAN, 2009, p. 303).

Ainda, segundo os autores, a pesquisa revelou que o perfil das mulheres e as características dos neonatos vivos sofrem influência das condições socioeconômicas e sanitárias do território de residência e do nascimento, interferindo “na qualidade de vida futura, sendo um fator contribuinte para os altos índices de mortalidade infantil, um dos principais problemas evidenciados no município” (RAMOS; CUMAN, 2009, p. 303).

Gonzaga *et al.* (2016) visando analisar a adequação do pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e ao baixo peso ao nascerem na cidade de Teresina-Piauí, a partir de um estudo de caso-controle com puérperas, com as datas dos partos ocorridos entre outubro de 2012 e abril de 2013, em uma maternidade de referência ao atendimento ao parto de alto risco da rede SUS. No estudo, as puérperas com recém-nascidos pré-termo foram definidas como casos (n=104) e mães com neonatos a termo como controle (n=104). Quanto à escolaridade, 51,0% das puérperas com recém-nascidos prematuros possuíam até oito anos de estudo, tinham renda familiar mensal de até um salário-mínimo (58,7%). De acordo com os autores, a baixa escolaridade dos casos analisados pode ser considerada um fator de risco obstétrico, uma vez que pode agravar a saúde das mulheres.

O estudo caso-controle realizado por Vanin *et al.* (2020) com o objetivo de determinar fatores maternos e fetais associados ao nascimento de recém-nascidos prematuros tardios (nascidos entre 34 e 36 semanas e 6 dias), quando comparados aos nascidos a termo, na maternidade de um hospital terciário de referência ao atendimento de gestações de alto risco, em Santa Catarina, analisando uma amostra de 432 puérperas, sendo 141 classificadas como casos e 282 como controle, detectou 49,2% das puérperas com até

nove anos de escolaridade. O estudo encontrou a associação da prematuridade tardia à assistência pré-natal inadequada e rotura prematura de membranas.

O estado civil foi outro fator associado com a prematuridade nesse estudo. A formação da família e a forma como a mulher “vai lidar com as dificuldades e desafios da gravidez e problemas que possam surgir” são aspectos apontados por Barizon *et al.* (2015, p. 90), que em seu estudo do tipo caso-controle, retrospectivo, com dados obtidos da base Municipal do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), visando analisar os fatores de risco relacionados à prematuridade de recém-nascidos na cidade de Dourados/MS nos anos de 2011 e 2012 com 7.422 nascidos vivos, encontraram maior proporção de prematuridade em gestantes solteiras (2011, 41,9%; 2012, 56,2%).

Ramos e Cuman (2009) em estudo epidemiológico de corte transversal realizado em Guarapuava, PR, em uma amostra composta por 106 declarações de nascidos vivos prematuros, e suas respectivas mães, com dados obtidos a partir do sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC) com base nas declarações de nascidos vivos, entre janeiro e junho de 2005, encontram 37,0% das gestantes casadas e 51,0% solteiras, indicando a falta de suporte do companheiro nas possíveis dificuldades encontradas e responsabilidades.

No entanto, vale lembrar que a mulher na sociedade, desde o final do século XX, tem exercido importante papel como chefe de família devido “as mudanças estruturais que a família vem passando ao longo dos anos, motivada pelas condições sociais, econômicas e culturais” (Barizon *et al.*, 2015, p. 90). Diante desses achados, portanto, ressalta-se a importância da realização de estudos que permitam a análise mais profunda dos fatores que possam estar relacionando o estado civil à prematuridade.

No presente estudo, o número elevado de consultas de pré-natal apresentou associação com a prematuridade, sendo considerado fator de proteção para diferentes desfechos gestacionais, como a prematuridade (BRASIL, 2012). Cabe ressaltar que a maioria puérperas avaliadas apresentou excesso de peso, considerado um fator de risco obstétrico, relacionado a desfechos desfavoráveis tanto a gestante como ao conceito como, por exemplo, diabetes mellitus gestacional, síndromes hipertensivas da gravidez, sofrimento fetal, macrossomia, parto cirúrgico, morte perinatal, prematuridade e extremos de peso ao nascer (MANERA, HÖFELMANN, 2019; NOGUEIRA, CARREIRO, 2013; SEABRA *et al.*, 2011). Em função dessas evidências, o IMC na gestação, quando maior que 30 kg/m<sup>2</sup> (determinando o risco aumentado de parto cesáreo) tem sido usado como preditor da via de parto (PETTERSEN-DAHL *et al.*, 2018). Neste sentido, o acompanhamento e monitoramento frequentes de gestantes com excesso de peso podem explicar o aumento o número de consultas individualizadas no pré-natal.

O sobrepeso e a obesidade afetam mais da metade da população feminina brasileira, principalmente nas mulheres em idade reprodutiva, sendo considerado um problema de saúde pública emergencial (BRASIL,

2018). Desta forma, o excesso de peso na gestação pode ser um reflexo do contexto epidemiológico vivenciado pela população em geral.

Manera e Höfelmann (2019) em estudo transversal realizado com 316 gestantes acompanhadas no pré-natal em unidades de saúde da família do município de Colombo/Paraná, entre abril e dezembro de 2016, visando estimar a prevalência de excesso de peso na gestação e identificar sua associação com variáveis socioeconômicas, demográficas, antecedentes obstétricos e excesso de peso pré-gestacional, encontraram a prevalência de 46,2% de excesso de peso gestacional. Na análise ajustada, a prevalência do desfecho foi maior nas gestantes entre 20 e 34 anos (RP 1,72; IC95% 1,04-2,83) e acima de 35 anos (RP 2,08; IC95% 1,18-3,66), maior paridade (três ou mais gestações - RP 1,47; IC95% 1,04-2,09) e com excesso de peso pré-gestacional (RP 5,09; IC95% 3,63-7,14).

Estudo transversal, realizado no Ceará, em 2007, avaliou o IMC de sete mil mulheres de 20 a 49 anos, das quais 16,1% apresentaram obesidade e 32,6% sobrepeso, totalizando 48,7% mulheres com excesso de peso (CORREIA *et al.*, 2011). O estudo de Seabra *et al.* (2011), de corte transversal, realizado com 433 puérperas, desenvolvido em um hospital referência na cidade do Rio de Janeiro, no período de 1999 a 2006, avaliando os desfechos associados à gestação de mulheres com sobrepeso e obesidade pré-gestacionais, detectou 24,5% de excesso de peso (sobrepeso e obesidade), podendo estar associado ao maior risco de morbimortalidade perinatal (SEABRA *et al.*, 2011).

Os estudos têm mostrado a elevada prevalência de excesso de peso na gestação, bem como desfechos desfavoráveis às gestantes e ao recém-nascidos, como a prematuridade. Portanto, é fundamental que, do início até o final do período gestacional, a gestante seja acompanhada no pré-natal por uma equipe multiprofissional qualificada para que sejam garantidos a segurança e o desfecho adequado tanto para mulher como ao recém-nascido (BRASIL, 2012).

Ferreira e Benício (2015) analisando dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), de 2006, visando avaliar a saúde materno-infantil, mortalidade materna, gravidez, assistência pré-natal e principais causas de doenças predominantes na infância, estabeleceram uma relação entre a história reprodutiva da mulher e a obesidade. Nessa linha, cabe destacar que uma das estratégias lançadas pelo Ministério de Saúde, implementada como parte da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) é o planejamento familiar, cuja proposta é minimizar riscos ou agravos à saúde materno, fetal e infantil, como a prematuridade (BRASIL, 2011).

O presente estudo apresenta algumas limitações, como a utilização de dados secundários (informações nos prontuários e nas cadernetas das gestantes), uma vez que a qualidade dos dados produzidos pode ser afetada como, por exemplo, devido falta de padronização dos profissionais na coleta e ausência de informações relevantes definidas como variáveis de interesse, bem como não sendo possível estratificar algumas características. No entanto, essas fontes são de baixo custo e são utilizadas para gerar informações ao Ministério da Saúde, outros órgãos governamentais e não governamentais e de pesquisa.

Assim, esforços devem ser despendidos visando a garantia da sua qualidade. Outro fator limitante se refere aos resultados que não podem ser generalizados para outras populações por ser de um território específico. Contudo, como não há estudos sobre o tema no município de Macaé, os achados permitem que profissionais de saúde e gestores públicos conheçam a realidade local e tracem estratégias e ações no âmbito da saúde, alimentação e nutrição, considerando que o excesso de peso é uma realidade da população brasileira, acarretando desfechos negativos em todas as fases da vida, a começar pelo conceito/gestante e recém-nascido.

## CONCLUSÃO

A prematuridade foi elevada em recém-nascidos deste estudo, e os fatores associados foram a puérpera não ter companheiro, ter baixa escolaridade, renda familiar de até 2 salários-mínimos, apresentar excesso de peso pré-gestacional, seis ou mais consultas pré-natal e o recém-nascido ter baixo peso ao nascer.

Diante destes achados, considera-se como ponto forte do estudo a sua contribuição para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, nos diferentes níveis de atenção, no município de Macaé, por meio de políticas públicas voltadas ao grupo materno-infantil, como a assistência pré-natal, parto e puerpério de alto risco -, capacitação de profissionais de saúde e a realização de ações no campo da educação em saúde e educação alimentar e nutricional voltadas a promoção da alimentação adequada e saudável, prevista como segunda diretriz na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), para prevenir e controlar do excesso de peso.

Devido a sua magnitude no período realizado, ressalta-se a necessidade da realização de novas pesquisas que investiguem de forma mais aprofundada os fatores associados a prematuridade, e os impactos que possam influenciar no crescimento e desenvolvimento infantil.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, B. F. *et al.* Analysis of neonatal morbidity and mortality in late-preterm newborn infants. **Journal of Pediatrics**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 3, p. 259-66, 2012.
- ARRUDA, D. C.; MARCON, S. S. Experiência da família ao conviver com sequelas decorrentes da prematuridade do filho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 4, p. 595-602, 2010.
- BALBI, B. *et al.* Tendência temporal do nascimento pré-termo e de seus determinantes em uma década. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 233-241, 2016.
- BARIZON, T. O. *et al.* Fatores relacionados à prematuridade dos recém-nascidos de Dourados nos anos 2011 e 2012. **Enfermagem Brasil**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 85-92, 2015.
- BLENCOWE, H. *et al.* Born Too Soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. **Reproductive Health**, [Rio de Janeiro], v. 10, Supl. 2, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio ao Sistema de Saúde. **MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC – Rio de Janeiro**, 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvrj.def>. Acesso em: 08 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante**: a operação cesariana. Brasília, DF: Conselho Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2017**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. Brasília, DF; Ministério da Saúde, 2018.

CHAWANPAIBOON, S. *et al.* Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. **The Lancet Global Health**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. e37-e46, 2019.

CORREIA, L. L. *et al.* Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 133-145, 2011.

FERREIRA, R. A. B; BENÍCIO, M. H. D. A. Obesidade em mulheres brasileiras: associação com paridade e nível socioeconômico. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, USA, v. 37, n. 4/5, p. 337-42, 2015.

FRANÇA, E. B. *et al.* Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, Supl. 01, p. 46-60, 2017.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Taxa de bebês prematuros no país é quase o dobro do que em países da Europa**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/taxa-de-bebes-prematuros-no-pais-e-quase-o-dobro-do-que-em-paises-da-europa>. Acesso em: 6 jun. 2022.

GONZAGA, I. C. A. *et al.* Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1965-1974, 2016.

GUIMARÃES, E. A. A. *et al.* Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 26, n. 1, p. 91-98, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000100010>. Acesso em: 8 jan. 2023.

HARRISON, M. S.; GOLDENBERG, R. L. Global burden of prematurity. **Seminars in fetal & Neonatal Medicine**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 74-9, 2016.

INSTITUTE OF MEDICINE (USA). National Research Council. **Weight Gain During Pregnancy**: Reexamining the Guidelines. Washington, DC: National Academy Press, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Macaé**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2016. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=330240>. Acesso em: 6 maio 2022.

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Supl. 1, p. S192-207, 2014.

LEAL, M. C. *et al.* Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reproductive Health**, [Rio de Janeiro], v. 13, supl. 3, p. 163-174, 2016.

MANERA, F.; HÖFELMANN, D. A. Excesso de peso em gestantes acompanhadas em unidades de saúde de Colombo, Paraná, Brasil. **DEMETRA**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1-16, e36842, 2019.

MARQUES, B. L. *et al.* Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, p. 1-8, e20200098, 2021.

- MARTINELLI, K. G. *et al.* Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Campinas, v. 38, e0173, 2021.
- MOTA, J. C.; VASCONCELOS, A. G. G.; ASSIS, S. G. Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 799-809, 2007.
- NOGUEIRA, A. I.; CARREIRO, M. P. Obesidade e gravidez. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 23, n. 1, p. 88-98, 2013.
- PETTERSEN-DAHL, A. *et al.* Maternal body mass index as a predictor for delivery method. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, Copenhagen, DK, v. 97, n. 2, p. 212-8, 2018.
- PUFFER, R. R.; SERRANO, C. **Patterns of birth weight**. Washington, DC: Pan American Health Organization, 1987. (PAHO - Scientific Publication, n. 504).
- RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Escola Ana Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 297-304, 2009.
- SEABRA, G. S. *et al.* Sobrepeso e obesidade pré-gestacionais: prevalência e desfechos associados à gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, p. 348-53, 2011.
- VANIN, L. K. *et al.* Fatores de risco materno-fetais associados à prematuridade tardia. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 38, e2018136, 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Collaborative study of maternal anthropometry and pregnancy outcomes. **International Journal of Gynecology Obstetrics**, Limerick, Irlanda, v. 57, p. 1-15, 1997.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preterm birth**, 14 de novembro de 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Acesso em: 08 jan. 2023.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Survive and Thrive: transforming care for every small and sick newborn**. Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326495>. Acesso em: 08 jan. 2023.

---

**Conflito de Interesse:** Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 11/08/2022

ACEITO: 10/12/2022

# DESAFIOS DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ASSISTÊNCIA À GESTANTE: REVISÃO INTEGRATIVA

CHALLENGES OF THE ORAL HEALTH TEAM IN PREGNANCY ASSISTANCE:  
INTEGRATIVE REVIEW

Guilherme de Andrade Ruela<sup>1</sup>, Nathália Mattos<sup>2</sup>, Taiane Acunha Escobar<sup>3</sup>

## RESUMO

**Introdução:** É fundamental compreender quais as dificuldades da equipe odontológica para prestar a assistência às gestantes de uma forma integral, considerando o contexto da atenção primária em saúde. **Objetivo:** O objetivo desse estudo foi descrever os desafios da equipe de saúde bucal na assistência em saúde bucal à gestante na atenção primária no Brasil. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa, de origem exploratória e se justifica na identificação dos desafios da equipe odontológica na assistência às gestantes na atenção primária. A estratégia de busca de artigos incluiu uma pesquisa dos artigos indexados nas bases eletrônicas de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*; portal *States National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed)*; Portal Capes e no sistema de buscas *Google Scholar*, referente às publicações dos últimos cinco anos, com os descritores em ciências da saúde (DeCS), a partir da Biblioteca Regional de Medicina (Bireme). Os critérios de inclusão foram: artigos completos disponíveis publicados, estudos sobre a realidade do Brasil, nos idiomas português e inglês. Foram excluídos trabalhos de outra natureza, como teses e dissertações. **Resultados:** Após as buscas, com os critérios de inclusão, foi identificado um total de 2 artigos. Foi possível observar que há falhas na formação e atuação dos profissionais de saúde bucal na atenção ao pré-natal na atenção primária. **Conclusão:** Dessa forma, é necessário repensar práticas, atitudes e habilidades, bem como mitos e crenças sem fundamentos científicos.

**Palavras-chave:** Gestação. Assistência Odontológica. Saúde Bucal. Pré-Natal. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** It is essential to understand the difficulties faced by the dental team to provide comprehensive care to pregnant women, considering the primary health care context. **Objective:** The aim of this study was to describe the challenges of the oral health team in providing oral health care to pregnant women in primary care in Brazil. **Materials and Methods:** This is an integrative literature review, of exploratory origin and is justified in identifying the challenges of the dental team in the care of pregnant women in primary care. The search strategy included a search for articles indexed in electronic databases: Virtual Health Library (BVS); *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*; portal *States National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed)*; Portal Capes and the search system *Google Scholar*, referring to publications in the last five years, with the descriptors in health sciences (DeCS), from the Regional Library of Medicine (Bireme). Inclusion criteria were: available full articles published, studies about the reality of Brazil, in Portuguese and English. Studies of another nature, such as theses and dissertations, were excluded. **Results:** After the searches, with the inclusion criteria, a total of 2 articles were identified. It was possible to observe that there are flaws in the formation and performance of oral health professionals in prenatal care in primary care. **Conclusion:** Thus, it is necessary to rethink practices, attitudes and skills, as well as myths and beliefs without scientific basis.

**Keywords:** Pregnancy. Dental Care. Oral Health. Antenatal Care. Primary Health Care.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Pampa. Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. ORCID: 0000-0001-6976-8710. E-mail: guilherme.ruela@ufjf.br.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Pampa. Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. ORCID: 0000-0003-4729-9049. E-mail: n.nathaliattos@hotmail.com.

<sup>3</sup> Universidade Federal do Pampa. Uruguaiana, Rio Grande do Sul, Brasil. ORCID: 0000-0001-8896-3271. E-mail: taianeesobar@hotmail.com.



## INTRODUÇÃO

A saúde bucal representa uma importante preocupação com a saúde, muitas vezes negligenciada durante a gravidez (XIAO *et al.*, 2019). Uma boa saúde bucal da gestante é fundamental devido às alterações fisiológicas, psicológicas e da resposta imunológica nessa fase do ciclo vital. O que ainda se vê é a atuação da equipe odontológica focada no tratamento curativo e pouco na prevenção (SUWARGIANI *et al.*, 2020). O pré-natal odontológico permite que seja acompanhado o “estado de saúde bucal da gestante, possibilitando o impedimento de agravos de problemas já instalados na cavidade bucal, bem como o aparecimento de novas alterações” (GUIMARÃES *et al.*, 2021).

Segundo a Global Child Dental Fund (2019):

É importante que a gestante aprenda a como cuidar da sua própria saúde oral, pois crianças, cujas mães sofrem de doenças orais possuem maior probabilidade de também sofrer dessa condição. Crianças habitualmente copiam os hábitos de higiene oral dos pais enquanto crescem, então é importante que a gestante comece e mantenha hábitos saudáveis mesmo antes do seu bebê nascer (p. 3).

As mudanças orais mais comumente citadas durante a gravidez incluem: cárie dentária, gengivite (inflamação com sangramento da gengiva), hiperplasia gengival (gengiva inchada e vermelha), crescimento da gengiva e alteração na saliva (p. 5).

É importante saber que os dentes da mulher não se alteram durante a gravidez. Quando uma gestante apresenta alguma dessas condições, isso se deve a condições locais, tais como mudança na dieta, má higiene oral, má higiene oral, mudanças na flora oral, ou vômitos frequentes (p. 6).

Um serviço odontológico adequado e um programa de prevenção durante a gestação poderá reduzir a necessidade de procedimentos odontológicos invasivos e possíveis complicações, como dor, inflamação e infecções orais (p.3). O segundo trimestre da gestação é considerado ótimo e mais confortável para o tratamento odontológico. Apesar disso, não existe evidência que tratamentos preventivos ou reparadores durante qualquer outro trimestre sejam danosos à gestante ou ao feto em desenvolvimento (p. 5).

É aconselhável que toda grávida visite seu dentista durante a gestação para prevenir e/ou tratar doenças orais tais como cárie dentária e doença gengival. O tratamento odontológico necessário pode ser fornecido seguramente em todas as fases da gestação. De fato, atrasar tratamentos necessários pode lhe causar danos, e, indiretamente, ao seu bebê (p. 3).

Para prevenir a cárie dentária durante a gestação o dentista estabelecerá práticas de acordo com as suas necessidades, por exemplo marcando consultas regularmente para monitorar o estado da sua boca, aconselhando hábitos alimentares e de higiene oral em casa, e realizando limpeza bucal profissional usando flúor (p. 6).

Quando a mulher apresenta condições de saúde bucal desfavoráveis, isso pode refletir em efeitos negativos tanto na gestação como para o bebê. Uma realidade é que na área odontológica há uma baixa procura por atendimento do público das gestantes, nesse tão importante ciclo vital (ONWUKA *et al.*, 2021; GEORGE *et al.*, 2012), bem como problemas relacionados à atuação dos profissionais podem contribuir para essa situação. Mesmo com o conhecimento sobre a importância da saúde bucal materna, há insegurança quanto aos procedimentos e hesitação para instituir um tratamento odontológico por parte de diversos odontólogos. No extremo, há profissionais que consideram que os procedimentos odontológicos não são

seguros na fase de gestação. O cuidado pré-natal precisa ser revisto por todos os profissionais e contar com diretrizes práticas para a saúde bucal materna (GEORGE *et al.*, 2012).

Práticas de educação em saúde e prevenção necessitam ser mais valorizadas e prioritárias nas políticas públicas, com o adequado investimentos pelos serviços e sistemas de saúde, considerando que a gestação compreende uma fase de insegurança e receios para muitas mulheres. Nesse sentido, a saúde bucal não pode ser deixada de lado, mas como fator dificultador percebe-se que o encaminhamento para acompanhamento odontológico não é uma rotina de alguns profissionais de saúde, muitas vezes por não se sentirem confortáveis para fazê-lo (ROCHA *et al.*, 2018). Essa necessidade de cuidados especiais de transmissão de informação educativa durante a gestação reforça a importância do acesso aos serviços de saúde de qualidade. Com isso, é relevante que um programa educativo tenha como referência o contexto social, cultural e econômico no qual a população-alvo esteja inserida, objetivando transpor as barreiras sociais e criar estímulos motivacionais fortes que serão incorporados ao cotidiano dessas mulheres, situando assim os problemas, necessidades e as demandas desse grupo (ROSELL, 2001; SCAVUZZI; ROCHA, 1999).

O trabalho preventivo em saúde bucal na perspectiva de uma assistência pré-natal integral deve ser visto como uma estratégia para reduzir a carga de doenças bucais entre gestantes e os bebês. Porém, essa integração ainda não é totalmente compreendida nas evidências científicas (ADENIYI *et al.*, 2020).

Visto o expressivo número de gestantes que não realizam pré-natal odontológico, a procura só acontece quando há situações de urgência (que poderiam ser evitadas com acompanhamento odontológico contínuo). Um ponto de suma importância tem relação com as medidas educativas promovidas pelos serviços de saúde que sinalizem a necessidade de atendimento odontológico durante as consultas de pré-natal, sensibilizando as gestantes para esse cuidado (SILVA *et al.*, 2020).

Entre a organização das redes de atenção à saúde, o Brasil tem como uma particularidade a “Rede Cegonha”, que possui, entre outras finalidades, a atenção humanizada à gestante. A saúde bucal é contemplada, sendo que a assistência odontológica à gestante deve ser integrada entre os diferentes níveis de cuidado, estando pautada na assistência educativa, preventiva e curativa (UFMA, 2018).

É preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil que todas as gestantes realizem, pelo menos, uma consulta odontológica durante o pré-natal no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2016). Tal atendimento também é um dos indicadores para o novo financiamento da atenção primária em saúde (APS), através do pagamento por desempenho, dentro da ação estratégica do pré-natal, que por sua vez vislumbra a ocorrência de, no mínimo, uma avaliação odontológica a cada trimestre de gestação (BRASIL, 2020).

O objetivo desse estudo foi descrever os desafios da equipe de saúde bucal na assistência em saúde bucal à gestante na atenção primária no Brasil, na rede pública.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa, de origem exploratória e se justifica na identificação dos desafios da equipe odontológica na assistência às gestantes na atenção primária.

Foi elaborada a seguinte questão norteadora para a pesquisa: quais são as evidências científicas sobre as dificuldades da assistência odontológica à gestante na atenção primária no Brasil? Tal pergunta foi elaborada a partir da estratégia PICO (METHLEY *et al.*, 2014), sintetizada pelo acrônimo P.I.C.O., sendo que “P” corresponde à população de interesse composta por gestantes; “I” ao fenômeno de interesse, que é a assistência odontológica; “C” não se aplica a este estudo; e “O” o desfecho, pré-natal na atenção primária no Brasil. Foi utilizada a ferramenta PRISMA (*Preferred Reporting Items For Systematic Reviews And MetaAnalyses*) para orientar a redação da revisão

A estratégia de busca de artigos incluiu uma pesquisa dos artigos indexados nas bases eletrônicas de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*; portal *States National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed)*; Portal Capes e no sistema de buscas *Google Scholar*, referente às publicações dos últimos cinco anos, com os descritores em ciências da saúde (DeCS), a partir da Biblioteca Regional de Medicina (Bireme), conforme Quadro 1. As buscas foram realizadas em abril de 2022 por dois leitores independentes.

**Quadro 1** - Estratégias de busca dos artigos nas bases de dados e portal BVS e *Google Scholar*.

Bases e portal	Estratégias de busca
BVS	gestação AND (“assistência odontológica” OR “saúde bucal”) AND “pré-natal” AND “atenção primária à saúde”
SCIELO	<i>(pregnancy OR gestation) AND (“dental care” OR “care, dental” OR “oral health” OR “health, oral”) AND (“prenatal care” OR “antenatal care” OR “care, antenatal” OR “care, prenatal”) AND (“primary health care” OR “care, primary” OR “care, primary health” OR “health care, primary” OR “healthcare, primary” OR “primary care” OR “primary healthcare”)</i>
PUBMED	<i>(pregnancy OR gestation) AND (“dental care” OR “care, dental” OR “oral health” OR “health, oral”) AND (“prenatal care” OR “antenatal care” OR “care, antenatal” OR “care, prenatal”) AND (“primary health care” OR “care, primary” OR “care, primary health” OR “health care, primary” OR “healthcare, primary” OR “primary care” OR “primary healthcare”)</i>
Portal Capes	<i>(pregnancy OR gestation) AND (“dental care” OR “care, dental” OR “oral health” OR “health, oral”) AND (“prenatal care” OR “antenatal care” OR “care, antenatal” OR “care, prenatal”) AND (“primary health care” OR “care, primary” OR “care, primary health” OR “health care, primary” OR “healthcare, primary” OR “primary care” OR “primary healthcare”)</i>
Google Scholar	<i>(pregnancy OR gestation) AND (“dental care” OR “care, dental” OR “oral health” OR “health, oral”) AND (“prenatal care” OR “antenatal care” OR “care, antenatal” OR “care, prenatal”) AND (“primary health care” OR “care, primary” OR “care, primary health” OR “health care, primary” OR “healthcare, primary” OR “primary care” OR “primary healthcare”)</i>

Fonte: elaborado pelos autores (2022)

Os critérios de inclusão foram: artigos completos disponíveis publicados, estudos sobre a realidade do Brasil, nos idiomas português e inglês. Foram excluídos trabalhos de outra natureza, como teses e dissertações.

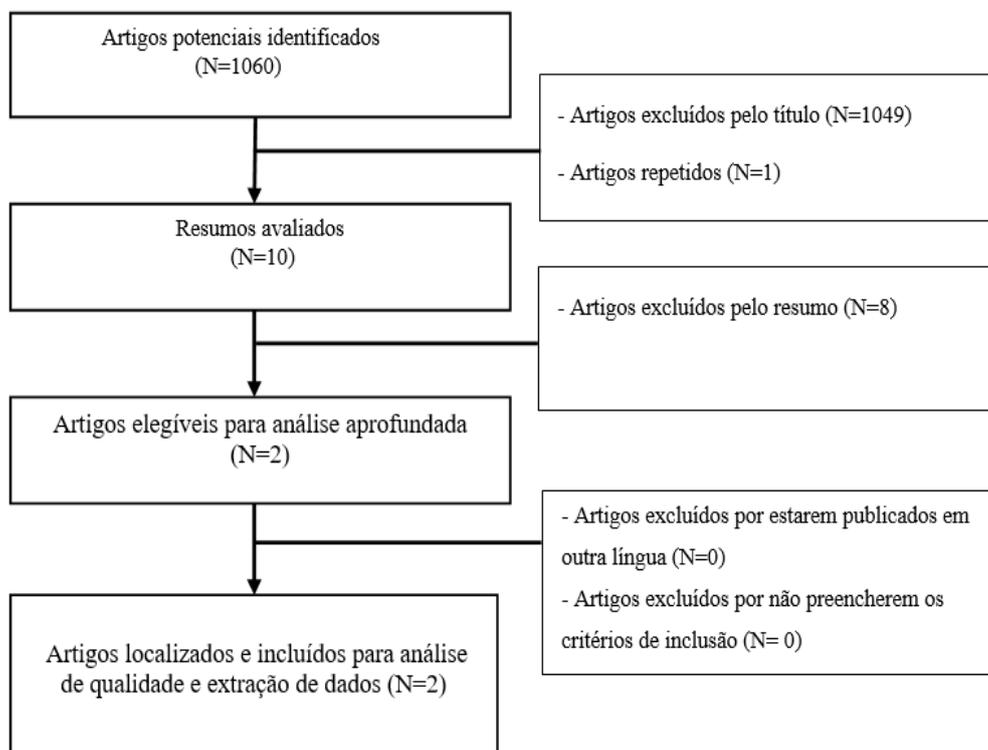
Após as buscas, as publicações foram analisadas pelos leitores (leitura dos títulos, dos resumos e trabalhos completos), para assim compor os resultados. Esse trabalho dispensa aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

## RESULTADOS

Após as buscas, com os critérios de inclusão, foi identificado um total de 2 artigos na seleção. Foi realizada inicialmente a leitura dos títulos e a exclusão das duplicatas. A exclusão pelos títulos se deu por não terem relação com o tema da pesquisa ou não compreender a realidade brasileira.

Após, os artigos foram avaliados pelo resumo, sendo também excluídos os que não abordavam sobre o objeto de pesquisa, no tocante às atividades da equipe de saúde, levando em seguida à leitura dos trabalhos completos, dos artigos que foram incluídos. No final, foram incluídos os que atenderam aos critérios de elegibilidade (Figura 1). Os resultados estão apresentados na Tabela 1, por ordem cronológica decrescente de publicação e com as principais informações dos artigos (autores, periódico, título, objetivo, tipo de estudo, principais resultados).

**Figura 1** - Resultados das buscas, seleção e inclusão dos artigos



Fonte: elaborado pelos autores (2022)

**Quadro 2** - Características dos artigos que constituem a revisão integrativa, Brasil, 2022.

Autor (ano)	Periódico	Título	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados
SILVA <i>et al.</i> , (2018)	Revista Brasileira de Odontologia	Knowledge and attitudes of dentists regarding the oral health of pregnant women	Descrever o conhecimento e as atitudes dos cirurgiões-dentistas em relação à atenção à saúde bucal de gestantes em atendimento odontológico pré-natal	Transversal	De 29 dentistas participantes 20,7% não foram estimulados a prestar atenção à saúde bucal das gestantes durante a graduação. Em relação ao conhecimento, 82,8% apontaram o segundo trimestre como o melhor momento para atendimento; 24,1% indicam que os dentes se tornam mais fracos durante esse período. Além disso, a maioria tinha conhecimento sobre questões controversas, como a possibilidade de utilização de anestesia odontológica (93,1%) e radiografia (69%). Em relação às atitudes e práticas na atenção primária à saúde, 31% dos cirurgiões-dentistas não discutiram a importância do atendimento odontológico pré-natal com a equipe.
NUNES NETO; FRUTUOSO (2018)	Revista Gaúcha de Odontologia	Oral health and the care of pregnant women: workshops as a strategy to problematize practices in basic health care in residents living in the peripheral areas of the hills in the city of Santos	Problematizar a Atenção Primária à Saúde Bucal durante todo o pré-natal, na periferia da serra da cidade de Santos, Estado de São Paulo	Qualitativo	As equipes tentam organizar as agendas da odontologia com prioridade às gestantes, mas apontam dificuldades na adesão e acompanhamento, identificando a vigilância, o uso de protocolos e a abordagem da temática de saúde bucal nos grupos educativos como estratégias para melhoria da adesão. Independente da organização da unidade de APS, as equipes atribuem a busca de atendimento, pela gestante, em situações agudas de dor, bem como o medo de danos ao feto, causados pelo tratamento odontológico como causas de abandono do acompanhamento. Alguns profissionais apresentaram dúvidas quanto ao uso de anestésicos locais pelas gestantes.

Fonte: elaborado pelos autores (2022)

## DISCUSSÃO

Os artigos que integraram esta revisão, apresentam concordância no que se refere ao receio da consulta odontológica apresentado pelas gestantes, resultado da propagação de ideias e crenças (de que não deve ser realizado tratamento odontológico) existentes na sociedade e que muitas vezes são vigoradas por

meio das atitudes e falas dos profissionais da saúde. O conhecimento limitado de alguns profissionais da Odontologia, que reproduzem essas crenças, corrobora para o fortalecimento de medo, provocando insegurança nas gestantes e conseqüentemente prejudicando a realização do tratamento.

A saúde bucal, como parte integrante da APS, precisa ser incluída no acompanhamento pré-natal por meio de educação em saúde e atendimento odontológico oportuno durante a gravidez. Os programas e políticas de pré-natal públicos devem abordar barreiras específicas no acesso e uso de atendimento odontológico durante a gravidez, especialmente para mulheres com condições socioeconômicas desfavoráveis, minimizando assim vulnerabilidades (LEE, TRANBY; SHI, 2022).

O dentista, no contexto do pré-natal na APS ainda mantém uma influência do modelo biomédico e curativista. Nesse sentido, mantém-se um quadro onde são incipientes práticas educativas e de prevenção, bem como da promoção da saúde da gestante, onde a presença e o papel do odontólogo demonstram fragilidade nas competências e habilidades para atuar nesse nível de atenção, considerando suas potencialidades e complexidade (SILVA *et al.*, 2018).

Silva *et al.* (2018) ainda pontuam como problema na atuação do dentista a falta de integração com a equipe multidisciplinar, visando uma saúde integral de fato. O dentista deve contar com uma atuação mais efetiva na APS e para isso deve se apropriar de recursos como a agenda compartilhada, discussão/estudo de casos, grupos operativos e demais ações de vigilância e educação em saúde. No que diz respeito ao conhecimento e habilidades, se percebe uma falha na formação acadêmica, o que repercute na atuação profissional, mantendo mitos e tabus de contraindicações de intervenções odontológicas em gestantes não embasados em evidências científicas (SILVA *et al.*, 2018).

As instituições de ensino superior, responsáveis pela formação dos estudantes de odontologia, são também responsáveis pela promoção da importância do atendimento odontológico às gestantes, através de cuidados que são essenciais, prioritários e necessários. No entanto, já foi visto que uma parcela relevante dos dentistas não foi incentivada a dedicar um olhar especial sobre a atenção à saúde bucal das gestantes durante a graduação (SILVA *et al.*, 2018). Dessa forma, é preciso pensar em estratégias visando a melhoria da qualidade da formação dos profissionais, sobretudo que atuarão na APS, sendo necessário rever projeto pedagógico e prática da saúde baseada em evidências (HARB; DO CARMO; BOAVENTURA, 2020).

Alguns cirurgiões-dentistas, preferem não realizar atendimentos às gestantes, especialmente nos três primeiros meses de gestação, algumas vezes por não se sentirem confiantes ou capacitados para esse tipo de atendimento, por terem alguns conceitos errôneos a respeito do atendimento às gestantes, ou por medo de terem responsabilidades frente aos problemas e adversidades que possam ocorrer decorrente de alguma conduta odontológica (BRESSANE *et al.*, 2011; SILVEIRA; ABRAHAM; FERNANDES, 2016).

De acordo com Lopes, Pessoa e Macêdo (2018) os cirurgiões-dentistas devem buscar conhecimento por meio de debates e discussões em estudos visando a troca de experiência entre eles objetivando organizar e encontrar soluções para propagar ações de educação em saúde direcionada gestantes, para que estas se

tornem empoderadas e consigam realizar os tratamentos com maior tranquilidade durante o período gestacional.

Fatores dificultadores, como desconhecimento, preconceito e medo do tratamento odontológico na gestação refletem na baixa procura das gestantes pelo acompanhamento do dentista durante o pré-natal. Os profissionais apontam que a falta de ações de educação em saúde pelas equipes também pode contribuir para o distanciamento das gestantes. Outra dificuldade consiste no fato de profissionais que não sabem sobre a necessidade de acompanhamento odontológico ou até mesmo os que não possuem o conhecimento adequado sobre a utilização de anestésicos, ainda que relatem que é importante esse atendimento às gestantes, que muitas vezes se resume em tratamento de urgência para queixas de dor, por exemplo. A atenção à saúde bucal no pré-natal precisa ser melhor estruturada e para isso são necessárias mais discussões, pactuações e estratégias para superar os desafios para prestar esse acompanhamento às gestantes, fato ressaltado por cirurgiões-dentistas (mesmo os que temem esse atendimento) (NUNES NETO; FRUTUOSO, 2018).

As deficiências observadas no que tange ao conhecimento da saúde bucal de gestantes podem estar diretamente relacionadas às ações desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas na atenção básica. Embora atitudes relevantes sejam desenvolvidas por esses profissionais, ainda existem obstáculos na inclusão de cirurgiões-dentistas em atividades de equipe multidisciplinar, como a baixa participação em grupos de gestantes, em programação e o não planejamento das atividades educativas em saúde bucal voltada para gestantes. Quando um dos objetivos da Estratégia Saúde da Família, que é promover saúde, não é esclarecido e abordado de forma correta, tem como resultado a ruim qualidade de saúde e de vida da população. Nessa ótica, o acompanhamento de forma sistêmica das gestantes, pelas equipes de saúde bucal, converte-se a uma circunstância importante para a promoção da saúde, para a prevenção e o controle das doenças bucais. Para isso, faz -se necessário o planejamento e organização das ações da equipe multiprofissional com a equipe odontológica (MOIMAZ *et al.*, 2010).

Vários são os benefícios à gestante e ao bebê quando se realiza um correto acompanhamento odontológico (prevenção de problemas maiores que irão afetar a saúde como um todo da mulher e conseqüentemente do feto). Nesse período, a mulher pode apresentar maior receptividade às informações para a saúde dela e do filho, devido ao maior contato com os profissionais de saúde (FINKLER; OLEINISKI; RAMOS, 2004). Porém, grande parte das gestantes ainda não possuem o acesso ao pré-natal odontológico no Brasil, ainda que durante o período gestacional seja uma prioridade essa atenção à saúde visando a integralidade (SOUZA *et al.*, 2021).

Na APS, essa assistência às gestantes, por profissionais de saúde tem como objetivo o cuidado integral através do pré-natal, portanto, esses profissionais devem fornecer uma abordagem abrangente e cuidado interdisciplinar que deve incorporar uma lógica de atenção que integre ações de promoção,

prevenção e reabilitação, sempre visando o cuidado em saúde para mãe e para o recém-nascido (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, a assistência odontológica no pré-natal visa minimizar o sofrimento causado por doenças bucais, eliminar fontes de infecção, lidar com as alterações bucais do período gestacional, e subsidiar o cuidado à saúde bucal infantil (LOURO *et al.*, 2001).

Um ponto que merece destaque é em relação ao acesso da APS, onde as gestantes com condições socioeconômicas mais desfavoráveis utilizam menos os serviços de saúde bucal durante o pré-natal. Quando há estratégias para promover a ampliação do acesso para essas mulheres, de acordo com suas necessidades/contexto, há uma maior utilização de serviços de saúde bucal no pré-natal. (GONÇALVES *et al.*, 2020).

Há problemas tanto dos usuários quanto dos profissionais que criam barreiras para o atendimento odontológico na gestação. O dentista presta um cuidado de suma importância e não é diferente no pré-natal. São necessárias medidas para intensificar e orientar quanto à procura do serviço de saúde bucal pela gestante, para que o acompanhamento durante a gestação seja adequado. Enseja-se que, primeiramente, o pré-natal odontológico alcance a confiança da gestante em relação ao atendimento e procedimentos, orientando sobre os benefícios e sanando mitos e crenças e, dessa forma, proporcionando uma saúde integral à mãe e o feto, em conjunto com os demais profissionais (HARB; DO CARMO; BOAVENTURA, 2020).

Algumas vezes, ainda que exista a oferta e o acesso desburocratizado por parte da equipe (atendimento prioritário, sem lista de espera, encaminhamento responsável), mesmo assim muitas gestantes faltam às consultas odontológicas agendadas, interrompendo assim o acompanhamento. Possíveis barreiras de acesso também precisam ser compreendidas pela ótica das usuárias (NUNES NETO; FRUTUOSO, 2018).

A precária intercomunicação e distribuição de informações por parte de profissionais e dos serviços também justificam a pouca adesão ao tratamento odontológico e a falta de cuidado com a saúde bucal pelas gestantes. Isso pode ser mudado mediante ações educativas, que podem levar a compreensão a essas gestantes na busca da assistência pré-natal odontológica, obtendo assim, aumento da qualidade de vida. Para Lopes, Pessoa e Macêdo (2018), o cirurgião-dentista deve aproveitar o período gestacional para disseminar informações que promovam a saúde bucal.

A educação em saúde, de modo geral é essencial para orientar pacientes e como consequência promover saúde. Baseado nisso, dá-se a devida importância no assunto quando se conhece sobre ele. Dessa forma, ter como prática adotar bons hábitos de saúde bucal está ligada diretamente com o conhecimento adquirido sobre a origem e causa das doenças e a forma e o motivo de como preveni-las. Sabendo que a APS e o acompanhamento às gestantes pelos profissionais de saúde deve ser de forma integrativa, insere-se nessa conscientização o valor e forte impacto do pré-natal odontológico, de modo que, as mães obtêm informações importantes e aplicáveis sobre saúde bucal, além de ter acesso a causa de doenças orais e suas manifestações mais comuns durante a gestação, aprendem também sobre como realizar a higienização

bucal, boa alimentação tanto da mãe quanto do bebê e também sobre a indispensabilidade da assistência multiprofissional durante o período de gestação e puerpério (SOARES *et al.*, 2009).

Sendo considerado prioritário dentro dos serviços de saúde, o público das gestantes muitas vezes encontra dificuldade no acesso a esses serviços. A maior parte dessas gestantes que procuram por serviços odontológicos são aquelas que identificam seus problemas bucais e muitas vezes necessitam de resolução de seus problemas de forma mais urgente. Assim, os cuidados ligados à saúde odontológica são influenciados pela competência dos serviços em oferecer recursos necessários para esse cuidado (SANTOS NETO *et al.*, 2012).

É preciso uma coordenação do cuidado entre os diferentes profissionais de saúde e nesse aspecto a saúde bucal não é exceção.

Um estudo anterior demonstrou que uma proporção considerável de médicos da APS aborda a saúde bucal pré-natal na forma de aconselhamento e embora a grande maioria tenha concordado que o atendimento odontológico preventivo é muito importante, uma grande proporção não recebeu treinamento em saúde bucal, gerando assim um despreparo para atender de forma integral às gestantes. A maior parte dos médicos reconheceu seu papel na saúde bucal e concordou que eles deveriam ser capazes de identificar problemas de saúde bucal em pacientes adultos (BYRD *et al.*, 2018).

Nessa vertente, outra pesquisa mostrou que enfermeiros “apresentam conhecimentos generalizados e superficiais sobre a saúde bucal da gestante e a importância do acompanhamento odontológico durante a gestação” (SILVEIRA; COSTA; MONTEIRO, 2019). É necessário investir em educação permanente, abordando a saúde e cuidado pré-natal de forma holística, superando mitos sobre o tratamento odontológico na gravidez e potencializando assim ainda mais a atuação profissional, com mais resolutividade (SILVEIRA; COSTA; MONTEIRO, 2019).

É necessária uma integração da saúde bucal com a APS, sempre levando em conta os desafios, seja de formação, atuação nos diferentes ambientes como escolas e comunidades e a própria organização do trabalho do serviço de odontologia (GHORBANI *et al.*, 2018).

A agenda compartilhada é uma importante ferramenta para trocas entre os profissionais de saúde, aproveitando o período de permanência das gestantes na unidade e otimizando a atenção integral. O cirurgião-dentista deve atuar amplamente como profissional de saúde, não focando apenas no trabalho técnico-curativo, mas expandindo seus conhecimentos além do limite da cavidade oral com interação e troca de conhecimentos entre profissionais da equipe, e entre a equipe e os usuários, o que contribui para o cuidado integral do indivíduo (BRESSANE *et al.*, 2011).

A realidade da equipe interdisciplinar também enfrenta dificuldades e resistências para ser colocada em prática. Com a falta de padronização na abordagem e continuação das gestantes no agendamento de consulta odontológica, essa característica indica a importância em estabelecer o envolvimento da maioria dos profissionais, realizando a função de encaminhar as gestantes ao programa de saúde bucal. Há

necessidade de criação de métodos e estratégias padronizadas para a transmissão de informação e a constituição de regulamentações que contribuam nesse processo, o que exige a participação de todos da equipe para melhorar adesão à estratégia (BRESSANE *et al.*, 2011).

De acordo com o artigo de Silva *et al.* (2018), avaliando a atenção primária em saúde, notou-se que todos os profissionais conhecem o termo pré-natal odontológico. Neste contexto, grande parte dos cirurgiões-dentistas considera segura a intervenção odontológica nas gestantes, e preferencialmente no segundo trimestre, bem como relatam como a saúde bucal da gestante interfere na gestação. Porém, mostraram que as práticas profissionais de saúde bucal em gestantes apresentaram fragilidades, como pouco contato das gestantes com a equipe odontológica, e a busca da própria equipe para com essas gestantes. Além disso orientam sobre os riscos do uso de bicos artificiais e xaropes durante os primeiros meses de vida do bebê. Os autores também relataram as observações dos profissionais quanto à influência do aleitamento materno na saúde bucal da criança.

A interação entre os profissionais é importante na medida em que os enfermeiros e médicos, sendo os primeiros, e muitas vezes os únicos, a ter contato com esse público-alvo, devem estar atentos e têm a responsabilidade de informar sobre a condição sistêmica, concentrando-se na necessidade de monitoramento da saúde bucal e atuando junto aos cirurgiões-dentistas para promover saúde (ATCHISON; ROZIER; WEINTRAUB, 2018; SILVA *et al.*, 2018).

## CONCLUSÃO

Foi possível observar que há falhas nos serviços de saúde bucal, na atenção primária durante o pré-natal. Dessa forma, é necessário repensar práticas, atitudes e habilidades, bem como mitos e crenças sem fundamento científico. Para ampliar as competências, a gestão pode prover meios para uma integração da equipe multidisciplinar, visando o cuidado à gestante de forma integral, incluindo a saúde bucal. A interação entre a equipe de saúde deve ser sempre incentivada.

Os dentistas devem contar com educação permanente de forma efetiva e sistematizada, proporcionando aos profissionais um conhecimento atualizado e fundamentado, para que a insegurança no atendimento à gestante seja minimizada. Essa atualização também deve contemplar os demais profissionais da equipe.

Ainda existe o receio das gestantes para aderir ao tratamento odontológico e inserção desse manejo durante o período pré-natal, devido à falta do conhecimento adequado e assim insegurança de se submeterem a esse atendimento durante este período tão importante da vida da mulher. É necessário enfatizar a importância de ações que promovam educação em saúde, reorganização de estratégia em equipe, configuração da agenda de consultas e acompanhamento sistemático às gestantes, para que haja maior possibilidade de adesão e acesso dessas ao correto e necessário tratamento odontológico.

Observa-se uma escassez de estudos que demonstrem a realidade brasileira quanto aos desafios e dificuldades para promover a saúde bucal de forma efetiva e resolutiva no pré-natal e em diferentes contextos, tais como regionais e culturais. Espera-se que esse trabalho contribua para a reflexão e mudança de práxis na atenção primária por meio de um trabalho coordenado e integrado, bem como com uma gestão atenta e sensibilizada para as necessidades dos diferentes territórios, onde os profissionais da odontologia e demais áreas precisam atuar com humanização, bases científicas e promover o conhecimento em saúde.

## REFERÊNCIAS

ADENIYI, A. *et al.* Integrating oral health into prenatal care: a scoping review. **Journal of Integrated Care**, [s. l.], v. 28, n. 3, p. 291-310, 2020. DOI: 10.1108/JICA-09-2019-0041. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JICA-09-2019-0041/full/html>. Acesso em: 10 abr. 2022.

ATCHISON, K. A.; ROZIER, R. G.; WEINTRAUB, J. A. Integration of oral health and primary care: communication, coordination and referral. **NAM Perspectives**, [s. l.], p. 1-12, 2018. Disponível em: <https://saskohc.ca/images/pdf/Integration-of-Oral-Health-and-Primary-CareNAM.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Caderno da Atenção Básica: Atenção ao pré-natal de baixo risco.** (Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n° 32). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf). Acesso em: 10 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.** Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf). Acesso em: 10 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS.** Indicadores de pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil (2020). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota\\_tecnica\\_indicadores\\_de\\_desempenho\\_200210.pdf](https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota_tecnica_indicadores_de_desempenho_200210.pdf). Acesso em: 09 abr. 2022.

BRESSANE, L. B. *et al.* Oral health conditions among pregnant women attended to at a health care center in Manaus, Amazonas, Brazil. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 26, p. 291-296, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/jj/roc/a/Y9T6pBBg7NQ5xnM7QqJyqS/?lang=en>. Acesso em: 10 abr. 2022.

BYRD, M. G. *et al.* Prenatal oral health counseling by primary care physicians: results of a national survey. **Maternal and child health journal**, [s. l.], v. 22, n. 7, p. 1033-1041, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29549475/>. Acesso em: 12 abr. 2022.

FINKLER, M.; OLEINISKI, D. M. B.; RAMOS, F. R. S. Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, p. 360-368, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/jj/tce/a/rV6zNSdZPKbV4KjRxb3kPvz/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2022.

GEORGE, A. *et al.* How do dental and prenatal care practitioners perceive dental care during pregnancy? Current evidence and implications. **Birth**, Berkeley, v. 39, n. 3, p. 238-247, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23281906/>. Acesso em: 10 abr. 2022.

GHORBANI, Z. *et al.* Challenges impeding integration of oral health into primary health care. **East Mediterr Health J**, [s. l.], v. 23, n. 12, p. 802-8, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29528089/>. Acesso em: 12 abr. 2022.

GLOBAL CHILD DENTAL FUND. **Saúde Oral e a Gestação: Visitando o dentista durante a gestação Problemas comuns de saúde oral durante a gestação. Conselhos de saúde oral.** London: Global Child Dental Fund, 2019. Disponível em: <https://www.gcdfund.org/sites/default/files/inline-files/Portuguese%20OH%20Your%20Pregnancy.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2022.

GONÇALVES, K. F. *et al.* Utilização de serviço de saúde bucal no pré-natal na atenção primária à saúde: dados do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 519-532, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/jj/csc/a/7gvtsKvRSPbXcGYQgcjG8M/?lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2022.

- GUIMARÃES, K. A. *et al.* Gestação e Saúde Bucal: Importância do pré-natal odontológico. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e56810112234-e56810112234, 2021. Acesso em: 12 abr. 2022.
- HARB, D. A.; DO CARMO, W. D.; BOAVENTURA, R. M. A importância do pré-natal odontológico. **Revista Cathedral**, v. 2, n. 3, p. 145-156, 1 set. 2020. Disponível em: <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/198/62>. Acesso em: 12 abr. 2022.
- LEE, H.; TRANBY, E.; SHI, L. Dental Visits during Pregnancy: Pregnancy Risk Assessment Monitoring System Analysis 2012–2015. **JDR Clinical & Translational Research**, [s. l.], v. 7, n. 4, p. 379-388, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34323108/>. Acesso em: 12 abr. 2022.
- LOPES, I. K. R.; PESSOA, D. M. V.; MACÊDO, G. L. Autopercepção do pré-natal odontológico pelas gestantes de uma unidade básica de saúde. **Revista Ciência Plural**, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 60-72, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/16839>. Acesso em: 12 abr. 2022.
- LOURO, P. M. *et al.* Doença periodontal na gravidez e baixo peso ao nascer. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 77, p. 23-28, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/8PYHPJNWk69Z6NzVY6rQTnh/?lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2022.
- METHLEY, A. M. *et al.* PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. **BMC health services research**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 1-10, 2014. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-014-0579-0>. Acesso em: 14 abr. 2022.
- MOIMAZ, S. A. das S. *et al.* Associação entre condição periodontal de gestantes e variáveis maternas e de assistência à saúde. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 10, n. 2, p. 271-278, 2010. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/71932>. Acesso em: 14 abr. 2022.
- NUNES NETO, R. A.; FRUTUOSO, M. F. P. Oral health and the care of pregnant women: workshops as a strategy to problematize practices in basic health care in residents living in the peripheral areas of the hills in the city of Santos. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 66, p. 305-316, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgo/a/4MnLzdmX6J9ymycRy7tbnqx/?lang=en>. Acesso em: 09 abr. 2022.
- ONWUKA, C. *et al.* Pregnant women utilization of dental services: still a challenge in low resource setting. **BMC Oral Health**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 1-6, 2021. Disponível em: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-021-01746-2>. Acesso em: 12 abr. 2022.
- ROCHA, J. S. *et al.* Determinants of dental care attendance during pregnancy: a systematic review. **Caries research**, Basel, v. 52, n. 1-2, p. 139-152, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29316548/>. Acesso em: 12 abr. 2022.
- ROSELL, F. L. **Prevalência de fatores clínicos do risco de cárie em gestantes**. 2001. 119 f. Tese (Doutorado em Odontologia) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araraquara, 2001. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/104757>. Acesso em: 12 abr. 2022.
- SANTOS NETO, E. T. dos *et al.* Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 3057-3068, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6kFkDxx8tYygQxckcBHssgv/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2022.
- SCAVUZZI, A. I. F.; ROCHA, M. C. B. Atenção odontológica na gravidez: uma revisão. **Rev. Fac. Odontol. Univ. Fed. Bahia**, [s. l.], p. 46-52, 1999. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-857841>. Acesso em: 15 abr. 2022.
- SILVA, C. C. da *et al.* Access and use of dental services by pregnant women: An integrative literature review. **Ciencia & saude coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 827-835, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32159653/>. Acesso em: 09 abr. 2022.
- SILVA, J. F. da *et al.* Knowledge and attitudes of dentists regarding the oral health of pregnant women. **Rev Bras Odontol**, [s. l.], v. 75, p. 1-7, 2018. Disponível em: <https://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/viewFile/1065/685>. Acesso em: 09 abr. 2022.
- SILVEIRA, J. L. G. C. da; ABRAHAM, M. W.; FERNANDES, C. H. Gestação e saúde bucal: significado do cuidado em saúde bucal por gestantes não aderentes ao tratamento. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 19, n. 4, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15657#:~:text=Conclus%C3%B5es%3A%20A%20baixa%20ader%C3%Aancia%20ao,limitado%20a%20procedimentos%20cir%C3%BArgico%20Drestauradores>. Acesso em: 15 abr. 2022.
- SILVEIRA, M. A. C. da; COSTA, C. S. A. de L.; MONTEIRO, I. da S. Pré-natal odontológico: conhecimentos e práticas de enfermeiros da atenção básica do município do Recife. **Scientific-Clinical Odontology**, Recife, v. 18, n. 3, p. 205-210, 2019. Disponível em: [https://crope.org.br/site/adm\\_syscomm/publicacao/foto/149.pdf#page=41](https://crope.org.br/site/adm_syscomm/publicacao/foto/149.pdf#page=41). Acesso em 20 abr. 2022.

SOARES, M. R. P. S. *et al.* Pré-natal odontológico: A inclusão do cirurgião dentista. **Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais-Animais e Humanos Interdisciplinary Journal of Experimental Studies**, Juiz de Fora, v. 1, n. 2, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/riee/article/view/23895>. Acesso em: 20 abr. 2022.

SOUZA, G. C. de A. *et al.* Atenção à saúde bucal de gestantes no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 124-146, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/23036>. Acesso em 11 abr. 2022.

SUWARGIANI, Anne Agustina *et al.* Oral health care practice of women with pregnancy experience. **Padjadjaran Journal of Dentistry**, [s. l.], v. 32, n. 3, p. 197-206, 2020. Disponível em: <http://jurnal.unpad.ac.id/pjd/article/view/30312>. Acesso em 20 abr. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Saúde Bucal da Gestante**: Acompanhamento Integral em Saúde da Gestante e da Puérpera. São Luís: EDUFMA, 2018. Disponível em: [https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/10865/1/Sa%3%bade%20Bucal%20da%20Gestante\\_Portugu%3%aas\\_978-85-7862-779-9.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/10865/1/Sa%3%bade%20Bucal%20da%20Gestante_Portugu%3%aas_978-85-7862-779-9.pdf). Acesso em: 11 abr. 2022.

XIAO, J. *et al.* Intergenerational Task: Helping Expectant Mothers Obtain Better Oral Health during Pregnancy. **Journal of the American Dental Association**, São Paulo, v. 150, n. 7, p. 565, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7306175/>. Acesso em: 10 abr. 2022.

---

**Conflito de Interesse:** Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 22/08/2022

ACEITO: 16/12/2022

# FATORES RELACIONADOS À DISFUNÇÃO SEXUAL NO PUERPÉRIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

FACTORS RELATED TO SEXUAL DYSFUNCTION IN THE PUERPERIA:  
AN INTEGRATIVE REVIEW

Caroliny Oviedo Fernandes<sup>1</sup>, Luciana Virginia de Paula e Silva Santana<sup>2</sup>,  
Rayanne Valentim Ribeiro<sup>3</sup>, Sandra Luzinete Felix de Freitas<sup>4</sup>,  
Ana Lígia Barbosa Messias<sup>5</sup>, Layla Santana Corrêa da Silva<sup>6</sup>

## RESUMO

**Introdução:** A variedade mudanças vivenciadas pelas mulheres no ciclo gravídico puerperal nos aspectos fisiológicos, socioculturais, psicológicos e de identidade, podem afetar seu bem-estar geral, o relacionamento e a sexualidade com possível ocorrência de disfunção sexual feminina. **Objetivo:** Sumarizar a prevalência e os fatores relacionados à disfunção sexual no puerpério. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa realizada em oito bases de dados eletrônicas de artigos desenvolvidos nesta temática, publicados em inglês, português ou espanhol, de 2011 a 2020. **Resultados:** Após a leitura e análise dos artigos, 16 artigos compuseram a amostra final e foram analisados por meio de categorias temáticas. Foram identificadas seis categorias principais de fatores: relacionados a escolaridade materna, a problemas sexuais durante a gestação, a lesão perineal, ao tipo de parto, ao tempo de puerpério e a paridade materna. **Conclusão:** As alterações da função sexual no puerpério estão ligadas as alterações biopsicossociais inerentes ao pós-parto. A realização de cesárea não deve ser indicada para preservação da função sexual, pois a mesma é restabelecida aos parâmetros pré-gestacionais de 12 a 24 meses após o parto. A função sexual deve compor a rotina de atendimento puerperal.

**Palavras-chave:** Sexualidade. Período Pós-Parto. Fatores de Risco. Saúde Sexual.

## ABSTRACT

**Introduction:** The variety of changes experienced by women in the puerperal pregnancy cycle in physiological, sociocultural, psychological and identity aspects can affect their general well-being, relationship and sexuality with possible occurrence of female sexual dysfunction. **Objective:** To summarize the prevalence and factors related to sexual dysfunction in the puerperium. **Method:** This is an integrative review carried out in eight electronic databases of articles developed on this topic, published in English, Portuguese or Spanish, from 2011 to 2020. **Results:** After reading and analyzing the articles, 16 articles made up the sample final and were analyzed through thematic categories. Six main categories of factors were identified: related to maternal education, sexual problems during pregnancy, perineal injury, type of delivery, time of puerperium and maternal parity. **Conclusion:** Changes in sexual function in the puerperium are linked to biopsychosocial changes inherent to the postpartum period. Cesarean section should not be indicated to preserve sexual function, as it is restored to pre-gestational parameters 12 to 24 months after delivery. Sexual function should be part of the puerperal care routine.

**Keywords:** Sexuality. Postpartum Period. Risk Factors. Sexual Health.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0003-2810-6408. E-mail: caroliy.fernandes@ufms.br.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0001-7973-1786. E-mail: lu.benevides@gmail.com.

<sup>3</sup> Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP), Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0003-4679-9236. E-mail: enf.rayanne@gmail.com.

<sup>4</sup> Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0002-4525-7091. E-mail: enf.ufms@ufms.br.

<sup>5</sup> Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0003-4933-1495. E-mail: anamessiasbr@gmail.com.

<sup>6</sup> Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, MS, Brasil. ORCID: 0000-0002-3080-4494. E-mail: em.obstetra.layla@gmail.com.



## INTRODUÇÃO

Na gravidez e no puerpério, as mulheres vivenciam uma variedade de mudanças físicas, hormonais, psicológicas, socioculturais e de identidade que podem afetar seu bem-estar geral, relacionamento e a sexualidade, tornando-se vulnerável ao aparecimento de disfunção sexual (ASSELMANN *et al.*, 2016; PEREIRA *et al.*, 2018). O puerpério inicia após a expulsão da placenta se estendendo até seis semanas completas após o parto. Essa definição é baseada nas mudanças locais e sistêmicas causadas pela gravidez no organismo materno que ao final desse período já terá retornado as condições pré-gravídicas (JOHNSON, 2011). Entretanto, ainda existe a compreensão do puerpério remoto após 45º dia até 12 meses após o nascimento, pois, além dos aspectos fisiológicos, envolve mudanças marcantes em outros aspectos da vida feminina, seja conjugal, familiar, social ou profissional (BASSON, 2001; JOHNSON, 2011).

A resposta sexual feminina possui uma sequência variável de suas fases (descrita pelas fases de desejo, excitação, orgasmo e resolução) sofrendo combinações de respostas psicológicas e físicas. A alteração de qualquer uma das fases pode acarretar o surgimento de disfunções sexuais que se manifestam pela falta, excesso ou desconforto e/ou dor associada ao ato sexual de maneira persistente ou recorrente (LIMA; DOTTO; MAMEDE, 2013).

A complexidade das mudanças ocorridas no período puerperal pode provocar alterações na sexualidade. Durante o pós-parto, a maioria das mudanças, como dispareunia, falta de libido, secura vaginal e falta de orgasmo, podem ter efeitos significativos no ciclo de resposta sexual feminina (BANAEI *et al.*, 2019). O desejo sexual e a atividade sexual diminuem durante o período pós-parto em comparação com a gravidez, e os problemas sexuais ocorrem com mais frequência (BANAEI *et al.*, 2019; PEREIRA *et al.*, 2018).

A maioria das mulheres retoma a atividade sexual dentro de três meses após o parto, porém 83% têm problemas sexuais e de 30% a 52,5% relatam dispareunia ou relação sexual dolorosa (BANAEI *et al.*, 2019). Já Holanda *et al.* (2014) expõem que após o parto, somente 14% das mulheres referem ter algum problema sexual; e destas, 64% evitam ter relação sexual e mais da metade sentem dor na primeira relação.

Vários fatores afetam a disfunção sexual pós-parto, incluindo o número de partos, amamentação, tipo de parto, episiotomia, distúrbios pós-parto do assoalho pélvico decorrentes de trauma periparto, incontinência urinária, redução da atividade social, interrupção dos exercícios físicos, falta de comunicação e perda de intimidade no relacionamento, fadiga e disfunção física e psicológica, incluindo depressão pós-parto (ANDRADE *et al.*, 2015; PEREIRA *et al.*, 2018; SIQUEIRA; MELO; MORAIS, 2019).

Fatores psicológicos como a preocupação e priorização dos cuidados ao filho, o medo de uma nova gravidez e sua recuperação física após o parto, preocupação com a satisfação sexual do parceiro, frustração, ansiedade, a insatisfação entre os parceiros, as experiências negativas da maternidade, sentimentos de baixa autoestima, sentir-se indesejável e incapacidade de sedução influenciam reinício e restabelecimento da atividade (ANDRADE *et al.*, 2015; SIQUEIRA; MELO; MORAIS, 2019).

Na assistência ao período puerperal, tem-se o enfoque nas demandas da maternidade e necessidades do recém-nascido, ou seja, existe uma negligência as próprias necessidades da mulher. Além disso, a sexualidade na atenção à saúde dessas mulheres é reduzida aos conceitos de reprodução e contracepção (JUSTINO *et al.*, 2019). Falar sobre a sexualidade na gestação e puerpério na sua complexidade e amplitude é uma defasagem encontrada na assistência as mulheres. Com isso, essa revisão integrativa visa analisar o estado do conhecimento a respeito das disfunções sexuais no puerpério e fatores associados no período puerperal.

## MÉTODOS

A revisão integrativa da literatura é um dos métodos de pesquisa utilizados na prática baseada em evidências que permite a incorporação delas na prática clínica e é desenvolvida de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. A presente revisão foi desenvolvida conforme as seis etapas descritas por Mendes, Silveira e Galvão (2008): 1) Identificação do tema e seleção da hipótese ou da questão norteadora de pesquisa; 2) Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos estudos, amostragem e busca na literatura; 3) Coleta de dados e categorização dos estudos; 4) Análise crítica dos estudos incluídos; 5) Discussão dos resultados e 6) Síntese e apresentação da revisão.

Para a busca dos estudos, estabeleceu-se a questão norteadora a partir de uma adaptação da técnica PICO, denominada PVO, em que P refere-se ao problema da pesquisa; V, às variáveis do estudo; e O, aos resultados alcançados: Quais são as evidências na literatura a respeito da prevalência das disfunções sexuais no puerpério e seus fatores associados? Foram utilizados descritores controlados disponíveis no MeSH “*Postpartum Period*”, “*Sexual Dysfunction, Physiological*”, “*Sexual Dysfunctions, Psychological*” e “*Factor risks*”, suas respectivas sinônimas e operadores booleanos (AND e OR), em quatro diferentes associações (Quadro 1).

**Quadro 1** – Descritores, sinônimas e associações utilizados para captação dos estudos.

(Continua)

Código	Descritor	Sinônimas
1#	<i>Postpartum Period</i>	“Period, Postpartum” OR “Postpartum” OR “Postpartum Women” OR “Women, Postpartum” OR “Puerperium”
2#	<i>Sexual Dysfunction, Physiological</i>	“Physiological Sexual Dysfunction” OR “Physiological Sexual Dysfunctions” OR “Sexual Dysfunctions, Physiological” OR “Sexual Disorders, Physiological” OR “Physiological Sexual Disorder” OR “Physiological Sexual Disorders” OR “Sexual Disorder, Physiological” OR “Sex Disorders”

**Quadro 2** – Descritores, sinonímias e associações utilizados para captação dos estudos.

(Conclusão)

Código	Descritor	Sinonímias
3#	<i>Sexual Dysfunctions, Psychological</i>	“Dysfunction, Psychological Sexual” OR “Dysfunctions, Psychological Sexual” OR “Psychological Sexual Dysfunction” OR “Psychological Sexual Dysfunctions” OR “Sexual Dysfunction, Psychological” OR “Psychosexual Dysfunctions” OR “Dysfunction, Psychosexual” OR “Dysfunctions, Psychosexual” OR “Psychosexual Dysfunction” OR “Psychosexual Disorders” OR “Disorder, Psychosexual” OR “Disorders, Psychosexual” OR “Psychosexual Disorder” OR “Hypoactive Sexual Desire Disorder” OR “Sexual Aversion Disorder” OR “Aversion Disorders, Sexual” OR “Disorders, Sexual Aversion” OR “Sexual Aversion Disorders” OR “Orgasmic Disorder” OR “Disorders, Orgasmic” OR “Orgasmic Disorders” OR “Sexual Arousal Disorder” OR “Arousal Disorders, Sexual” OR “Disorders, Sexual Arousal” OR “Sexual Arousal Disorders” OR “Frigidit”
4#	<i>Factor risks</i>	“Factor, Risk” OR “Factors, Risk” OR “Risk Factor” OR “Population at Risk” OR “Risk, Population at” OR “Populations at Risk” OR “Risk, Populations at”
<b>Associações</b>		
A = 1# AND 2#; B=1# AND 3#; C=1# AND 2# AND 4#; D=1# AND 3# AND 4#		

Fonte: Próprio autor.

O levantamento bibliográfico foi realizado de 20 de dezembro de 2020 a 31 janeiro de 2021, mediante uso do *proxy* licenciado pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul por meio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) (<http://www.capes.gov.br/>), acessado via Portal de Periódicos CAPES (<http://www-periodicos-capes-gov-br.ez51.periodicos.capes.gov.br/>). As bases de dados eletrônicas SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), LILACS (*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) acessados por meio da plataforma da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde); *Science Direct*, SCOPUS, PUBMED, *Web Of Science* e CINAHAL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) por meio de acesso direto em suas respectivas plataformas.

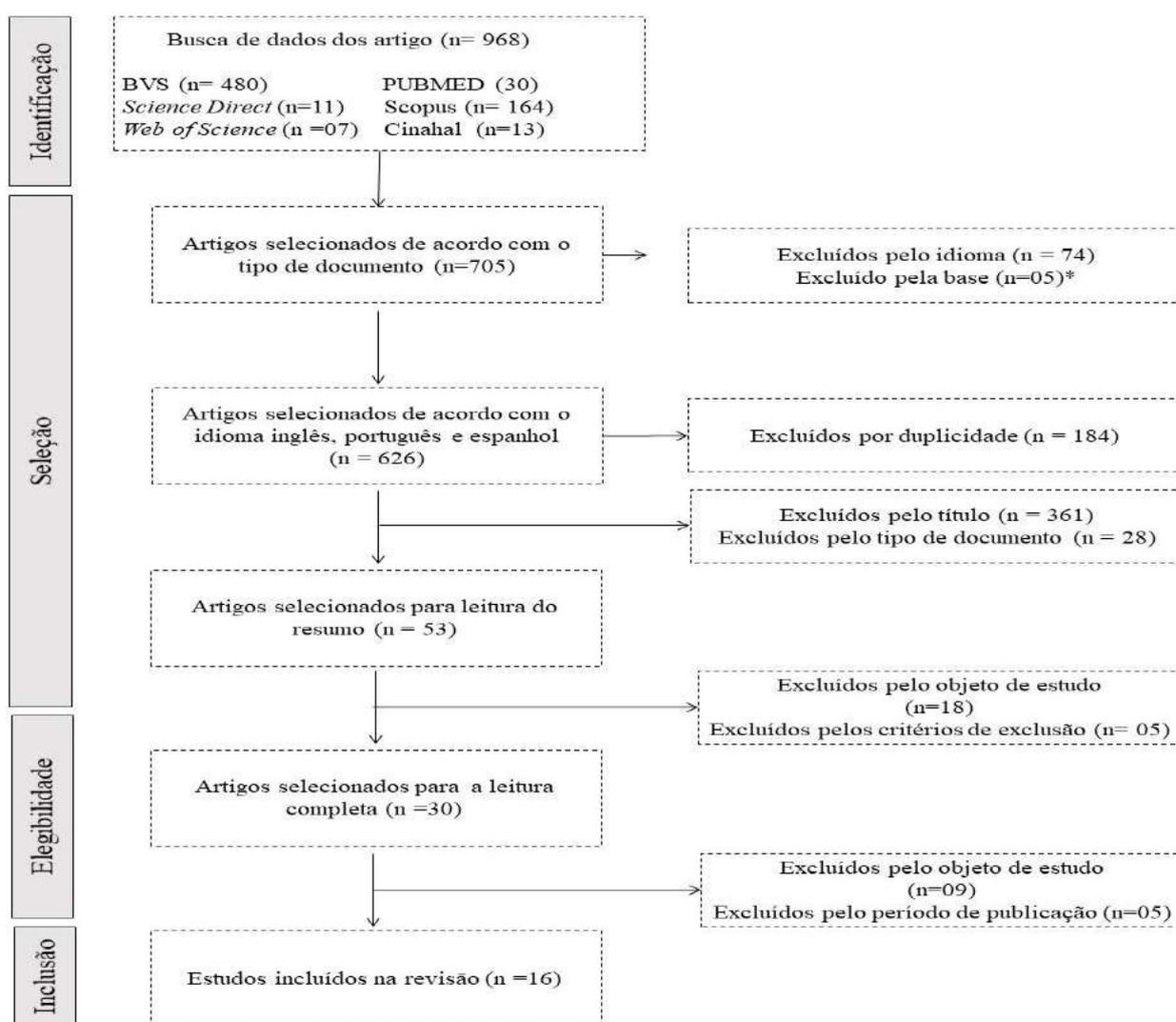
Foram incluídos artigos disponíveis na íntegra publicados até 31 dezembro de 2020, de acesso livre nos idiomas inglês, português e espanhol, que abordassem a prevalência de disfunção sexual e/ou as queixas sexuais das mulheres no puerpério e/ou seus fatores relacionados. Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, resumos, opinião de especialistas, outras revisões, correspondências, resenhas, capítulos de livros, teses e dissertações. Os artigos duplicados nas bases foram considerados apenas uma vez.

Na análise, os estudos foram classificados em sete níveis de evidência (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011): Nível 1 - Revisão sistemática e metanálise de ECRC; Nível 2 - Evidências de um ou mais estudo ECRC; Nível 3 - Experimento controlado não randomizado; Nível 4 Caso controle ou estudo de coorte; Nível 5 - Revisão sistemática ou estudos qualitativos descritivos; Nível - 6 Um único estudo descritivo ou um único qualitativo; Nível 7 Opinião de especialistas.

Após a seleção e análise de cada artigo, foi criado um banco de dados no Excel de fácil manipulação para facilitar o acesso às informações de cada estudo. Os estudos foram sintetizados em tabelas com as seguintes informações: o ano, local de desenvolvimento do estudo, idioma, desenho, abordagem e nível de evidência do estudo, periódico de publicação e escala utilizada para mensuração da função sexual.

Os diferentes cruzamentos dos descritores e sinônimas nas bases resultaram em 1399 publicações que após exclusão aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e leitura flutuante dos títulos e resumos, restaram 53 artigos. Após leitura dos estudos na íntegra, restaram 21 publicações. Em um último momento, devido ao maior espaçamento temporal entre as publicações e menor frequência de estudos anteriores ao ano de 2011, e visando à apresentação de estudos mais atualizados, os pesquisadores limitaram as publicações ao período de 2011 a 2020, sendo excluídos 05 artigos. Assim, 16 publicações compuseram a revisão (Figura 1).

**Figura 1** - Fluxograma de seleção das publicações. Campo Grande, MS, Brasil, 2022



Fonte: Próprio autor.

## RESULTADOS

Os 16 estudos selecionados foram sintetizados nos Quadros 2 e 3. Quase metade dos estudos foi publicada nos últimos quatro anos (43,75%) e em países do oriente médio (50%), sendo quatro no Irã (25%), três na Turquia (18,75%) e um em Israel (6,25%) e a grande maioria no idioma inglês (82,3%), dois em português (12,5%) e um em espanhol (6,25%). Ao total, foram identificados 13 periódicos distintos, com estudos de desenho transversais (81,25%), de nível de evidência seis (81,25%), todos com abordagem quantitativa e a maioria (81,5%) dos estudos utilizou a *Female Sexual Function Index* (FSFI) para a avaliação da função sexual.

**Quadro 2** - Categorização dos estudos selecionados segundo autor, ano, local, objetivo e participantes. Campo Grande, MS, Brasil, 2022.

(Continua)

ID	Autor, ano e local	Objetivo	Participantes
A1	Acele, Karaçam; 2012 Turquia	Avaliar os problemas sexuais nas mulheres durante o primeiro ano pós-parto e condições relacionadas.	230 puérperas
A2	Ahmed <i>et al.</i> ; 2017 Egito	Avaliar o efeito de diferentes graus de rupturas perineais ocorridas durante o parto na função sexual subsequente.	156 puérperas
A3	Amiri <i>et al.</i> ; 2017 Irã	Comparar a função sexual pós-parto em primíparas após parto vaginal e cesárea em Babol	203 gestantes
A4	Banaei <i>et al.</i> ; 2020 Irã	Comparar a função sexual pós-parto em primíparas e múltiparas	420 puérperas
A5	Chaparro, Pérez, Sáez; 2013 Chile	Analisar as variáveis biopsicossociais associadas à função sexual feminina no período pós-parto	53 puérperas
A6	Holanda <i>et al.</i> ; 2014 Brasil	Estimar a prevalência e os fatores associados à disfunção sexual no período pós-parto	200 puérperas
A7	Khajehei <i>et al.</i> ; 2015 Austrália	Mensurar a prevalência de disfunção sexual das mulheres australianas e os fatores contribuintes	325 puérperas
A8	Khalid <i>et al.</i> ; 2020 Malásia	Determinar a prevalência e os tipos de disfunções sexuais entre mulheres no pós-parto em clínicas de atenção primária e seus fatores associados	420 puérperas
A9	Lurie <i>et al.</i> ; 2013 Israel	Avaliar o comportamento sexual no período pós-parto de forma longitudinal de acordo com a via de parto	82 puérperas
A10	Makki; Yazdi; 2012 Irã	Comparar a função sexual no pós-parto entre primíparas e múltiparas	564 puérperas
A11	Matthies <i>et al.</i> ; 2019 Alemanha	Investigar a influência da qualidade da parceria e da amamentação na função sexual 4 meses após o parto	315 puérperas
A12	Pereira <i>et al.</i> ; 2018 Brasil	Avaliar a função sexual feminina no puerpério remoto em mulheres brasileiras e comparar a disfunção feminina em relação a via de parto.	78 puérperas
A13	Souza <i>et al.</i> ; 2015 Austrália	Determinar o efeito do tipo de parto e lesão perineal na função sexual aos 6 e 12 meses pós-parto.	437 gestantes
A14	Yildiz; 2015 Turquia	Examinar a relação entre a função sexual na gravidez, durante a gravidez e no período pós-parto	59 gestantes

**Quadro 2** - Categorização dos estudos selecionados segundo autor, ano, local, objetivo e participantes. Campo Grande, MS, Brasil, 2022.

(Conclusão)

ID	Autor, ano e local	Objetivo	Participantes
A15	Hosseini, Iran-Pour, Safarinejad; 2012 Irã	Comparar a função sexual entre dois grupos de mulheres que tiveram parto vaginal e cesárea eletiva	213 gestantes
A16	Kahramanoglu <i>et al.</i> ; 2017 Turquia	Avaliar o impacto do tipo de parto na função sexual de mulheres por meio do FSFI	452 gestantes

Nota: FSFI: Female Sexual Function Index.

Fonte: Próprio Autor.

**Quadro 3** - Categorização dos estudos selecionados segundo desenho, nível de evidência, escala utilizada e síntese das conclusões. Campo Grande, MS, Brasil, 2022.

(Continua)

ID	Desenho (Nível de evidência)	Escala	Síntese das conclusões
A1	Transversal (VI)	ASEX-female	A possibilidade de problemas sexuais pós-parto aumentou com o aumento da idade, a presença de problemas sexuais durante a gravidez e o aumento do tempo após o parto.
A2	Coorte prospectiva (IV)	FSFI	Apesar do reparo pós-parto precoce de lacerações perineais em um grau mais elevado, tais lacerações estão associadas a um impacto negativo de longo prazo na função sexual feminina e podem causar disfunção sexual em até um ano de acompanhamento, pelo menos.
A3	Transversal (VI)	FSFI	Não há diferenças nos resultados sexuais entre parto vaginal e cesárea. A cesárea não deve ser aconselhada para manter a função sexual normal após o parto.
A4	Transversal (VI)	FSFI	A função sexual é diferente entre primíparas e multíparas no pós-parto e o número de partos pode influenciar no desempenho.
A5	Transversal (VI)	FSFI	A disfunção sexual no pós-parto está relacionada a mudanças fisiológicas emocionais da mulher
A6	Transversal (VI)	Instrumento próprio	A prevalência da disfunção sexual foi alta e os fatores associados foram: religião, jornada de trabalho, história prévia de disfunção e tipo de parto.
A7	Transversal (VI)	FSFI	A satisfação sexual é importante para a manutenção da qualidade de vida das puérperas. Os profissionais de saúde e mulheres no pós-parto precisam ser incentivados a incluir problemas sexuais em suas discussões
A8	Transversal (VI)	FSFI	Este estudo mostrou uma alta prevalência de disfunção sexual pós-parto em Kuantan, Pahang, Malásia, sendo mais comum o distúrbio de lubrificação. Devem ser feitos esforços para aumentar a conscientização dos profissionais de saúde.
A9	Transversal (VI)	FSFI	A significância pela diferença do modo de parto na retomada da atividade sexual pós-parto não foi acompanhada pela diferença nos escores de função sexual. Especificamente, a cesárea eletiva não foi associada a um efeito protetor na função sexual após o parto.
A10	Transversal (VI)	Instrumento próprio	O parto tem efeitos limitados sobre a função sexual de mulheres primíparas e multíparas. Projetar pesquisas mais válidas com tamanho de amostra maior para determinar os efeitos da entrega e paridade na função sexual é recomendada.

**Quadro 3** - Categorização dos estudos selecionados segundo desenho, nível de evidência, escala utilizada e síntese das conclusões. Campo Grande, MS, Brasil, 2022.

(Conclusão)

ID	Desenho (Nível de evidência)	Escala	Síntese das conclusões
A11	Coorte prospectivo (IV)	FSFI	Os resultados indicam que mulheres que amamentam exclusivamente e aquelas que relatam baixa qualidade de parceria têm uma maior probabilidade de problemas de funcionamento sexual quatro meses após o parto
A12	Transversal (VI)	FSFI	Maior parte das mulheres no puerpério remoto apresentou disfunção sexual. Não foi encontrada diferença significativa na função sexual feminina entre os tipos de parto.
A13	Coorte prospectiva (IV)	FSFI	Não há diferença na função sexual de mulheres que tiveram uma cesárea em comparação com mulheres que tiveram um parto vaginal aos 12 meses após o nascimento. A função sexual 12 meses após o parto, independentemente do tipo de parto, é semelhante à do início da gravidez.
A14	Observacional prospectivo (VI)	FSFI	A função sexual pré-gestacional é importante na manutenção do interesse pela atividade sexual durante a gravidez e no período pós-parto.
A15	Transversal (VI)	FSFI	Não houve diferença significativa entre o tipo de parto e os seis domínios da função sexual. O parto vaginal tem pouco impacto na função sexual das mulheres dois anos após o parto. Não é recomendada a realização da cesárea para preservar a função sexual no puerpério.
A16	Transversal (VI)	FSFI	A cesárea não deve ser realizada para uma proteção presumida da função sexual pós-parto da mulher. As mulheres devem ser informadas de que a função sexual regular retorna aos níveis anteriores à gravidez seis meses após o parto, independentemente do tipo.

Nota: ASEX-female: Arizona Sexual Experience Scale for female; FSFI: Female Sexual Function Index.

Fonte: Fonte: Elaborado pelos autores da pesquisa.

Somando todas as participantes dos 16 estudos selecionados, tem-se um total de 4.207 mulheres. A maioria dos estudos recrutaram as participantes já no período puerperal (68,75%) (A1, A2, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A12), com idade de 20 a 29 anos (56,25%) (A1, A6, A7, A8, A9, A10, A14, A15, A16), escolaridade até o ensino médio (56,25%) (A1, A2, A3, A5, A6, A8, A14, A15, A16), com parceiro (43,75%) (A1, A2, A5, A6, A8, A9, A12) e com baixa renda (25%) (A1, A6, A7, A8). Em relação às características obstétricas, as mulheres eram primíparas ou primigestas (56,25%) (A2, A3, A5, A10, A12, A13, A15, A16), que tiveram parto vaginal (62,5%) (A2, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A13, A11, A14).

Dentre as 16 publicações, 50% apresentou a prevalência da disfunção sexual no puerpério (A1, A5, A6, A8, A11, A12, A13, A14) com variação de 35,5% a 91,3%, sendo 35,5% na Malásia (KHALID *et al.*, 2020), 42,6% em Istambul, Turquia (YILDIZ, 2015), 43,5% no Nordeste do Brasil (HOLANDA *et al.*, 2014), 64,3% na Austrália (SOUZA *et al.*, 2015), 73,3% na Alemanha (MATTHIES *et al.*, 2019), 73,6% no Chile (CHAPARRO; PÉREZ; SÁEZ, 2013), 78,2% no Brasil (PEREIRA *et al.*, 2018) e 91,3% em Izmir Turquia (ACELE; KARAÇAM, 2012). Da análise dos artigos, emergiram cinco categorias dos fatores relacionados à disfunção sexual: a escolaridade materna, problemas sexuais durante a gestação, lesão perineal, tipo/via de parto, ao tempo de puerpério e a paridade materna.

## DISCUSSÃO

A disfunção sexual no puerpério é um problema de saúde pública multifatorial com elevadas taxas de prevalência. De acordo com os resultados encontrados nos estudos e a utilização de uma mesma escala na grande maioria dos estudos é possível afirmar que pelo menos um terço das puérperas no mundo apresentam disfunção sexual no puerpério.

A escolaridade materna é um fator que influencia a função sexual no puerpério. A maioria das participantes dos estudos selecionados eram de nível socioeconômico mais baixo (ACELE; KARAÇAM, 2012; AHMED *et al.*, 2017; AMIRI *et al.*, 2017; KHAJEHEI *et al.*, 2015; KHALID *et al.*, 2020; KAHRAMANOGLU *et al.*, 2017; LURIE *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2015). A análise dos estudos permite verificar que a disfunção sexual no puerpério, apesar de mais frequente em mulheres de baixa escolaridade e/ou renda, também faz parte da realidade de mulheres com condições socioeconômicas mais elevadas.

A literatura não é unânime na relação dos diferentes níveis de escolaridade e a frequência de problemas na função sexual. Apesar da maior frequência da baixa escolaridade na ocorrência de disfunção sexual, ainda são necessários estudos que comprovem uma associação significativa entre essas variáveis. Assim, ainda são necessários novos estudos aprofundados que analisem a relação entre os anos de estudo maternos e a disfunção sexual puerperal.

A presença de problemas sexuais na gestação também interfere na função sexual no puerpério. Uma proporção considerável de mulheres sofre de algum problema na função sexual no ciclo gravídico-puerperal (ACELE; KARAÇAM, 2012; HOLANDA *et al.*, 2014). Os problemas sexuais durante a gravidez é um fator de risco significativo para problemas sexuais pós-parto como demonstrado por Acele e Karaçam (2012) em que um aumento de 58,3% da disfunção sexual do período gestacional com o puerpério representou uma piora significativa da função sexual feminina (OR = 7.215; IC 95% = 1.487–35). Com isso, ressalta-se a importância da realização de avaliação da função sexual feminina em todo o ciclo gravídico-puerperal para que ações de promoção da saúde sexual com qualidade sejam realizadas impedindo que se torne um problema de saúde crônico.

Fatores relacionados à lesão perineal também são abordados nos estudos selecionados. Mulheres com lesão perineal de 3° ou 4° grau apresentaram uma piora significativa da função sexual da gestação para o 6° mês pós-parto e desse para o 12° mês pós-parto quando comparadas com mulheres com lacerações de 1° e 2° grau ou episiotomia. A mesma dinâmica é observada na comparação de primíparas e múltíparas com piora da função sexual nas múltíparas do 6° mês para o 12° mês pós-parto (AHMED *et al.*, 2017). Na excitação sexual, também há uma queda dos escores no 3° e 6° mês na presença de episiotomia (CHAPARRO; PÉREZ; SÁEZ, 2013), além de piora nas pontuações de orgasmo comparada com a presença de lesão de 1° grau e de 3° grau (MATTHIES *et al.*, 2019). Do 6° ao 12° mês, os escores de excitação aumentaram após o parto para todos os tipos de lesão perineal (MATTHIES *et al.*, 2019).

Um estudo realizado na Dinamarca com 481 mulheres pós-parto vaginal constatou que aos 12 meses após o parto, a proporção de dispareunia nos grupos de laceração de 1º grau, de 2º e de 3º/4º grau era maior do que antes da gravidez (25%, 38% e 53%, respectivamente). No mesmo estudo, as mulheres com lacerações de 3º e 4º apresentaram piores escores de função sexual na escala PISQ-12 (ABDOOL; THAKAR; SULTAN, 2009). E no estudo com 264 puérperas de parto vaginal, as com episiotomia tiveram piora nas pontuações de orgasmo comparada com aquelas com lesão de 1º grau e de terceiro grau (MATTHIES *et al.*, 2019).

São inúmeros os fatores que contribuem para a disfunção sexual após lesões perineais. O parto vaginal pode causar lesão no nervo pudendo, lesão no esfíncter anal e dispareunia, diminuição do tônus vaginal com consequente diminuição da capacidade de atingir o orgasmo, aumento da frequência de dor no caso de realização de rafia. Além das complicações físicas, as mulheres podem sofrer influência psicológicas como o medo de rompimento da rafia durante a relação sexual após o parto e no caso de rafia de lesões de 3º e 4º grau (AHMED *et al.*, 2017). E as alterações no domínio da dor e do desejo pode estar relacionada a fatores como fadiga, distúrbios de humor, insatisfação com a imagem corporal e estressores emocionais (MATTHIES *et al.*, 2019).

Obviamente, as mulheres após o parto vaginal apresentam dor, com piora na presença de episiotomia e após um parto instrumental. Em contrapartida, as mulheres de parto cesáreo sentem dor abdominal variando com ocorre em caráter de emergência (HOLANDA *et al.*, 2014). Com isso, mulheres com parto vaginal sem episiotomia retomaram as relações sexuais mais cedo do que as mulheres com episiotomia (HOLANDA *et al.*, 2014). Porém, outros estudos, encontraram que a realização de episiotomia piora as pontuações de orgasmo comparada com a presença de lesão de 1º grau e de terceiro grau (PRADO; MOTA; LIMA, 2010).

Outro fator que pode interferir em aspectos específicos da função sexual da puérpera é a via de parto. De forma geral, não há diferenças significativas da função sexual comparando os tipos de partos, entretanto existem variações nos escores de determinados domínios da função sexual (HOLANDA *et al.*, 2014; KAHRAMANOGLU *et al.*, 2017; CHAPARRO; PÉREZ; SÁEZ, 2013; SOUZA *et al.*, 2015; MATTHIES *et al.*, 2019). Uma avaliação da função sexual de 452 nulíparas na Turquia, constatou que parto por cesárea tenderam a ter menos dor e a sentirem maior satisfação durante o sexo três meses após o parto em comparação com mulheres que tiveram parto por via vaginal (CHAPARRO; PÉREZ; SÁEZ, 2013). Estudos ainda demonstram que a função sexual comparando o parto vaginal e cesáreo aos 12 meses e 24 meses pós-parto, não apresenta diferença da função sexual, além de ser semelhante e retornar aos valores do início da gravidez aos 12 meses pós-parto (CHAPARRO; PÉREZ; SÁEZ, 2013; MATTHIES *et al.*, 2019).

A lubrificação, uma das respostas à estimulação sexual, e a satisfação foram afetadas negativamente em três meses após o parto, independentemente do tipo de parto, enquanto, aos seis meses, a lubrificação permaneceu diminuída em mulheres que realizaram cesárea (CHAPARRO; PÉREZ; SÁEZ, 2013). Mudanças no

estado hormonal e na perfusão vascular genital específicas do puerpério podem ter influenciado a lubrificação. Além disso, a diminuição do tônus muscular vaginal pode estar relacionada ao declínio significativo da satisfação de mulheres em pós-parto vaginal uma vez já foi constatada a diminuição significativa da pressão intravaginal em partos vaginais quando comparados com a cesárea (CONVERY; SPATZ, 2009).

Independentemente do tipo de parto, as alterações da função sexual no puerpério podem estar relacionadas a redução de progesterona decorrente do aleitamento materno e de fatores emocionais, mudanças da autoimagem e relacionais, alterações da imagem corporal, cansaço provocado pela demanda do recém-nascido e qualidade do relacionamento com o parceiro (KAHRAMANOGLU *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2015). Além disso, o medo após o parto vaginal aumenta a frustração e dor e diminui o desejo sexual e a lubrificação vaginal (KAHRAMANOGLU *et al.*, 2017).

O distanciamento temporal entre o parto e o puerpério também influenciam a função sexual. Em um estudo com 82 puérperas avaliadas com 6, 12 e 24 semanas, não houve diferenças na função sexual entre os tipos de partos (parto vaginal com episiotomia, sem episiotomia, instrumental, cesárea eletiva e cesárea de emergência), porém melhorou com o passar do tempo assim como a dor durante as relações sexuais (HOLLANDA *et al.*, 2014). Já em outro estudo desenvolvido com 437 puérperas na Austrália, apesar de ausente às diferenças significativas entre o tipo de parto e lesão perineal, houve piora dos escores da dor e melhora dos escores de orgasmo de seis a 12 semanas após o parto (MATTHIES *et al.*, 2019). Em curto período, independentemente do tipo de parto, as puérperas apresentam níveis mais baixos de desejo aos dois e seis meses após o parto, podendo estar relacionados com o papel materno e as mudanças no estilo de vida (CHAPARRO; PÉREZ; SÁEZ, 2013).

A paridade materna, também é abordada em alguns estudos como um fator de risco para a disfunção sexual no puerpério. Independente da paridade, no pós-parto existe uma queda da dispareunia quando comparado à função sexual pré-gestacional. Não há diferenças significativas entre a paridade na avaliação de sangramento e prurido pós-coito, lubrificação e disfunção orgásmica, porém da disfunção sexual foi mais frequente em mulheres primíparas e múltíparas que tiveram uma ruptura perineal e lacerações. Entretanto, múltíparas e primíparas apresentam suas particularidades. Múltíparas apresentam maior queixa de diminuição de tônus vaginal e de diminuição de libido em comparação ao período pré-gestacional e a lactação levou a um aumento na disfunção sexual (BANAEI *et al.*, 2020; HOSSEINI; IRAN-POUR; SAFARINEJAD, 2012).

Não há um consenso na literatura sobre os efeitos da lactação na função sexual. Alguns estudos expõem que a lactação promove um maior desejo sexual devido ao aumento do tamanho das mamas, estimulação física, aumento da sensibilidade e pelo efeito positivo da ocitocina no humor das mulheres (KRYCHMAN, 2011; MOHAMMAD-ALIZADEH-CHARANDABI *et al.*, 2014). Em contrapartida, a promoção de lactação também provoca mudanças na lubrificação e epitélio vaginal, estabelece um estado hipoestrogênico que, conseqüentemente, podem resultar em menor função sexual (CHAPARRO; PÉREZ; SÁEZ, 2013).

Em primíparas, a diminuição da função sexual foi relacionada ausência de privacidade uma vez que a presença de criança no quarto e presença constante de familiares do parceiro esteve associada a maior disfunção sexual. Primíparas com maior renda mensal apresentam redução da disfunção sexual considerando que as pressões econômicas estão entre os fatores que podem causar conflito entre casais e afetar a atividade sexual (BANAEI *et al.*, 2020; PACAGNELLA, MARTINEZ; VIEIRA, 2009).

O aumento da diferença de idade dos cônjuges em mulheres múltiparas foi associado ao aumento da disfunção sexual. O aumento da idade causa mudanças no estilo de vida ou mudanças psicossociais que afetam a função sexual, além das fisiológicas decorrentes das alterações hormonais do envelhecimento. Com isso, tem-se diminuição do desejo e da frequência sexual que podem diminuir a satisfação conjugal (BANAEI *et al.* 2020).

A disfunção sexual foi mais prevalente entre as primíparas podendo ser justificada pela menor frequência de relações sexuais, inexperiência com a recuperação pós-parto, cansaço devido às dificuldades de adaptação, a incapacidade de identificar os sinais primários de depressão e a tendência de não pedir ajuda (BANAEI *et al.*, 2020).

Cabe destacar que os instrumentos de avaliação da função sexual feminina podem interferir nos resultados encontrados. A grande maioria (81,75%) dos estudos selecionados utilizaram a escalas validadas de avaliação da função sexual feminina com destaque para a FSFI (KHALID *et al.*, 2020; BANAEI *et al.*, 2020; MATTHIES *et al.*, 2019; PEREIRA *et al.*, 2018; AHMED *et al.*, 2017; AMIRI *et al.*, 2017; KAHRAMANOGLU *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2015; KHAJEHEI *et al.*, 2015; CHAPARRO; PEREZ; SAEZ, 2013; HOSSEINI; IRAN-POUR; SAFARINEJAD, 2012; ACELE; KARAÇAM, 2012).

O FSFI, utilizado por 13 estudos (A2, A3, A4, A5, A7, A8, A9, A11, A12, A13, A14, A15 e A16), é um questionário breve composto por 19 questões de múltipla escolha para coleta de dados da função sexual feminina nas últimas 4 semanas (KHALID *et al.*, 2020; LURIE *et al.*, 2013; PACAGNELLA; MARTINEZ; VIEIRA, 2009). Com base em seis domínios (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor) cuja pontuação crítica de corte para identificação do maior e menor risco de disfunção sexual foi de 26 (PACAGNELLA; MARTINEZ; VIEIRA, 2009). Já a ASEX, utilizada em um estudo (A1), avalia cinco aspectos globais principais da disfunção sexual (impulso, excitação, lubrificação vaginal, capacidade de atingir o orgasmo e satisfação do orgasmo) cuja pontuação de corte para a disfunção é em 11 pontos (MCGAHUEY *et al.*, 2000). Dois estudos (A6 e A10) não utilizaram nenhuma escala validada para a avaliação da função sexual. Entretanto, em ambas as publicações, foram avaliadas a presença de dispareunia, as alterações de libido (desejo), de excitação e alterações relacionadas ao orgasmo. Em apenas um desses estudos, outras queixas foram avaliadas: sangramento e prurido vaginal após o coito, alterações de lubrificação, diminuição de tônus vaginal e vaginismo (HOSSEINI; IRAN-POUR; SAFARINEJAD, 2012; KHAJEHEI *et al.*, 2015).

## CONCLUSÃO

Esta revisão permitiu investigar a prevalência de disfunção sexual no puerpério e seus fatores relacionados. Verificou-se que a disfunção sexual é uma realidade de muitas mulheres com elevadas taxas em escala global e sofre influência de diferentes fatores relacionados à escolaridade materna, a problemas sexuais durante a gestação, a lesão perineal, ao tipo de parto, ao tempo de puerpério e a paridade materna. Tais fatores ainda são influenciados por mudanças biopsicossociais intimamente ligadas as alterações físicas, fisiológicas e socioculturais vivenciada pelas mulheres nos período pós-parto.

Apesar da influência de lesões perineais e de queixas relacionadas à diminuição do tônus muscular do canal vaginal, não há evidências de que a função sexual seja influenciada pela via de parto. Na realidade, a função sexual retorna aos parâmetros pré-gestacionais a partir de seis meses após o parto, independente da via de nascimento.

O reconhecimento da prevalência e dos fatores relacionados à disfunção sexual no puerpério reforça a importância de avaliação da função sexual feminina nos atendimentos de saúde as mulheres uma vez que a saúde sexual é um dos componentes do conceito de saúde. Além disso, a presença de problemas sexuais antes da gestação influencia diretamente a função sexual na gestação e puerpério.

O estudo permitiu identificar que além das condições fisiológicas intrínsecas do puerpério, a mulher vivência outras transformações e situações que influenciam a sua sexualidade no puerpério. Os profissionais ou trabalhadores/as de saúde formados para o pensamento crítico-reflexivo e olhar integrado a cada indivíduo, são elementos fundamentais para realizar orientações às mulheres e seus parceiros, ainda no pré-natal, preparando-os para as mudanças que ocorrerão. Com isso, cria-se um ambiente seguro, confortável e sem pré-conceitos permitindo tanto a mulher quanto ao casal uma comunicação mais clara e aberta sobre questões relacionadas à sexualidade. Assim, tem-se uma desmistificação da sexualidade tanto para a mulher quanto para o casal.

## REFERÊNCIAS

ABDOOL, Z.; THAKAR, R.; SULTAN, A. H. Postpartum female sexual function. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, Amsterdam, v. 145, n. 2, p. 133-137, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2009.04.014>. Disponível em: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(09\)00258-9/fulltext](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(09)00258-9/fulltext). Acesso em: 20 dez. 2019.

ACELE, E. Ö; KARAÇAM, Z. Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. **Journal of Clinical Nursing**, [s. l.], v. 21, n. 7-8, p. 929-937, 2012. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03882.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2011.03882.x>. Acesso em: 20 dez. 2019.

AHMED, W. A. S. *et al.* Female sexual function following different degrees of perineal tears. **International Urogynecology Journal**, London, v. 28, n. 6, p. 917-21, 2017. DOI: 10.1007/s00192-016-3210-6. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00192-016-3210-6>. Acesso em: 20 dez. 2019.

AMIRI, F. N. *et al.* Female sexual outcomes in primiparous women after vaginal delivery and cesarean section. **African health sciences**, [s. l.], v. 17, n. 3, p. 623-31, 2017. DOI: <https://doi.org/10.4314/ahs.v17i3.4>. Disponível em: <https://www.ajol.info/index.php/ahs/article/view/161234>. Acesso em: 20 dez. 2019.

- ANDRADE, R. D. *et al.* Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 181-6, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150025>. Disponível em: <https://www.crossref.org/iPage?doi=10.5935%2F1414-8145.20150025>. Acesso em: 3 jan. 2020.
- ASSELMANN, E. *et al.* Sexual Problems During Pregnancy and After Delivery Among Women With and Without Anxiety and Depressive Disorders Prior to Pregnancy: A Prospective-Longitudinal Study. **The Journal of Sexual Medicine**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 95-104, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.005>. Disponível em: [https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(15\)00018-1/fulltext](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(15)00018-1/fulltext). Acesso em: 20 dez. 2019.
- BANAEI, M. *et al.* A comparison of sexual function in primiparous and multiparous women. **Journal of Obstetrics and Gynecology**, [s. l.], v. 40, n. 3, p. 411-8, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1640191>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01443615.2019.1640191>. Acesso em: 20 dez. 2019.
- BANAEI, M. *et al.* Sexual dysfunction and related factors in pregnancy and postpartum: a systematic review and meta-analysis protocol. **Systematic reviews**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 161, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13643-019-1079-4>. Disponível em: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-019-1079-4>. Acesso em: 20 dez. 2019.
- BASSON, R. Using a different model for female sexual response to address women's problematic low sexual desire. **Journal of Sex and Marital Therapy**, Philadelphia, v. 27, n. 5, p. 395-403, 2001. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/713846827>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/713846827>. Acesso em: 18 jan. 2020.
- CHAPARRO, M.; PÉREZ, R.; SÁEZ, K. Función sexual femenina durante el período posparto. **Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela**, Caracas, v. 73, n. 3, p. 181-186, 2013. Disponível em: <http://ve.scielo.org/pdf/og/v73n3/art05.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2020.
- CONVERY, K. M.; SPATZ, D. L. Sexuality & breastfeeding: what do you know? **The American Journal of Maternal/Child Nursing**, [s. l.], v. 34, n. 4, p. 218-223, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.nmc.0000357913.87734.af>. Disponível em: [https://journals.lww.com/mcnjournal/Abstract/2009/07000/Sexuality\\_\\_\\_Breastfeeding\\_\\_What\\_Do\\_You\\_Know\\_.6.aspx](https://journals.lww.com/mcnjournal/Abstract/2009/07000/Sexuality___Breastfeeding__What_Do_You_Know_.6.aspx). Acesso em: 20 dez. 2019.
- HOLANDA, J. B. L. *et al.* Disfunção sexual e fatores associados relatados no puerpério. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 573-578, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400093>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/Hxx3RG6kZs9M4G3V3HfZfb/?lang=pt>. Acesso em: 13 jan. 2020.
- HOSSEINI, L.; IRAN-POUR, E.; SAFARINEJAD, M. R. Sexual function of primiparous women after elective cesarean section and normal vaginal delivery. **Urology Journal**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 498-504, 2012. Disponível em: <https://journals.sbm.u.ac.ir/urology/index.php/uj/article/view/1478>. Acesso em: 20 dez. 2020.
- JOHNSON, C. E. Sexual health during pregnancy and the postpartum (CME). **Journal of Sexual Medicine**, [s. l.], v. 8, n. 5, p. 1267- 84, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02223.x>. Disponível em: [https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(15\)33525-6/fulltext](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(15)33525-6/fulltext). Acesso em: 20 dez. 2019.
- JUSTINO, G. B. S. *et al.* Saúde sexual e reprodutiva no puerpério: vivências de mulheres. **Revista de Enfermagem UFPE**, [s. l.], v. 13, e240054, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.240054>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/240054>. Acesso em: 12 jan. 2020.
- KAHRAMANOGLU, I. *et al.* The impact of mode of delivery on the sexual function of primiparous women: a prospective study. **Archives of gynecology and obstetrics**, Berlin, v. 295, n. 4, p. 907-16, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4299-7>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-017-4299-7>. Acesso em: 13 jan. 2020.
- KHAJEHEI, M. *et al.* Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. **The Journal of Sexual Medicine**, [s. l.], v. 12, n. 6, p. 1415-26, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1111/jsm.12901>. Disponível em: <https://academic.oup.com/jsm/article/12/6/1415/6980066>. Acesso em: 20 dez. 2019.
- KHALID, N. N. *et al.* The prevalence of sexual dysfunction among postpartum women on the East Coast of Malaysia. **Journal of Taibah University Medical Sciences**, [s. l.], v. 15, n. 6, p. 515-21, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2020.08.008>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S165836122030130X?via%3Dihub>. Acesso em: 20 dez. 2019.
- KRYCHMAN, M. L. Vaginal estrogens for the treatment of dyspareunia. **The journal of sexual medicine**, [s. l.], v. 8, n. 3, p. 666-674, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02114.x>. Disponível em: [https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(15\)33449-4/fulltext](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(15)33449-4/fulltext). Acesso em: 29 jan. 2020.

LIMA, A. C.; DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, M. V. Prevalência de disfunção sexual em primigestas, no Município de Rio Branco, Acre, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1544-54, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00164012>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2013.v29n8/1544-1554/pt/>. Acesso em: 19 jan. 2020.

LURIE, S. *et al.* Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, Berlin, v. 288, n. 4, p. 785-792, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00404-013-2846-4>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-013-2846-4>. Acesso em: 19 jan. 2020.

MAKKI, M.; YAZDI, N. A. Sexual dysfunction during primiparous and multiparous women following vaginal delivery. **Tanzania Journal of Health Research**, [s. l.], v. 14, n. 4, p. 263 – 8, 2012. Disponível em: <https://www.ajol.info/index.php/thrb/article/download/80996/74154>. Acesso em: 20 dez. 2019.

MATTHIES, L. M. *et al.* The influence of partnership quality and breastfeeding on postpartum female sexual function. **Archives of gynecology and obstetrics**, Berlin, v. 299, n. 1, p. 69-77, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4925->. Disponível em: [zhttps://link.springer.com/article/10.1007/s00404-018-4925-z](https://link.springer.com/article/10.1007/s00404-018-4925-z). Acesso em: 11 fev. 2021.

MCGAHUEY, C. A. *et al.* The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. **Journal of sex and marital therapy**, Philadelphia, v. 26, n.1, p. 25-40. 2000. DOI: <https://doi.org/10.1080/009262300278623>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/009262300278623>. Acesso em: 11 fev. 2021.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLD, E. **Evidence Based Practice in Nursing e Healthcare: A Guide to Best Practice**. 2. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2011.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2019.

MOHAMMAD-ALIZADEH-CHARANDABI, S. *et al.* Modeling of socio-demographic predictors of sexual function in women of reproductive age. **Journal of Mazandaran University of Medical Sciences**, [s. l.], v. 23, n. 110, p. 238-42, 2014. Disponível em: <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-3394-en.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2021.

PACAGNELLA, R. C.; MARTINEZ, E. Z.; VIEIRA, E. M. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 2333-2344, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/k76sF6xTL87xTMNV74RKQwh/?lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2019.

PEREIRA, T. R. C. *et al.* Assessment of female sexual function in remote postpartum period: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 18, n. 2, p. 289-94, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000200003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/x6kkkLHhs36Q3pb9hNGHTpq/?lang=en>. Acesso em: 28 dez. 2019.

PRADO, D. S.; MOTA, V. P. L. P.; LIMA, T. I. A. Prevalência de disfunção sexual em dois grupos de mulheres de diferentes níveis socioeconômicos. **Revista Brasileira de Ginecologia e obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 139-143, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032010000300007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/QthDc7tWK3dsznn-JCH6Rybl/?lang=pt>. Acesso em: 28 de dezembro de 2019.

SIQUEIRA, L. K. R.; MELO, M. C. P.; MORAIS, R. J. L. Postpartum and sexuality: maternal perspectives and adjustments. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 9, e58, p. 1-18, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769233495>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/33495/pdf>. Acesso em: 26 jan. 2020.

SOUZA, A. *et al.* The effects of mode delivery on postpartum sexual function: a prospective study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, Oxford, Inglaterra, v. 122, n. 10, p. 1410-1418, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13331>. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.13331>. Acesso em: 21 jan. 2020.

YILDIZ, H. The Relation Between Prepregnancy Sexuality and sexual function during pregnancy and the portpartum period: a prospective study. **Journal of Sex and Marital Therapy**, Philadelphia, v. 41, n. 1, p. 49-59, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1080/0092623X.2013.811452>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0092623X.2013.811452>. Acesso em: 20 dez. 2019.

---

**Conflito de Interesse:** Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 31/08/2022

ACEITO: 14/12/2022

# DESAFIOS DO COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL DE MATO GROSSO DO SUL

## CHALLENGES OF THE STATE COMMITTEE FOR PREVENTION OF MATERNAL AND INFANT MORTALITY IN MATO GROSSO DO SUL

Larissa Lisboa Monti<sup>1</sup>, Hilda Guimarães de Freitas<sup>2</sup>, Karine da Costa Cavalcante<sup>3</sup>, Carolina dos Santos Chita Raposo<sup>4</sup>, Cristiana Schulz<sup>5</sup>

### RESUMO

**Introdução:** A redução da mortalidade materna e infantil no Brasil representa um desafio para os serviços de saúde e sociedade. As causas desses óbitos, em sua maioria, são classificadas evitáveis ou reduzíveis, através de ações efetivas e acessíveis dos serviços de saúde. Como estratégia para prevenção desses óbitos, criou-se os Comitês de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, com o intuito de melhorar a qualidade da atenção à saúde a essa linha de cuidado. **Objetivo:** Elencar a vivência e os desafios da atuação do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil (CEPMMI). **Apresentação da Experiência Profissional:** A implantação do CEPMMI no Estado ocorreu em 2007, porém suas atividades apresentaram momentos de fragilidades, levando a sua desativação. Em 2014, suas atividades foram retomadas com a finalidade de fomentar a implementação das políticas direcionadas a saúde da mulher e da criança. A implantação desse serviço surgiu da necessidade de estudar, avaliar e monitorar esses óbitos, com ênfase em elencar as fragilidades e, propor recomendações para a melhoria da qualidade da assistência prestada. **Discussão:** Durante o processo de trabalho do Comitê foram elaborados instrumentos norteadores para contribuir na qualificação da assistência prestada ao usuário e, conseqüentemente, a redução da mortalidade materna, infantil e fetal. **Considerações Finais:** Desde a implantação do Comitê foram realizadas reuniões mensais em busca de verificar se as causas dos óbitos eram evitáveis e recomendar estratégias necessárias para a redução da mortalidade materna infantil, porém existem fragilidades nesse processo de trabalho.

**Palavras-chave:** Mortalidade Materna. Mortalidade Infantil. Comitê de Profissionais.

### ABSTRACT

**Introduction:** The reduction of mortality rates of mothers and children poses a challenge for health services and society. The causes of those deaths, generally speaking, are classified as avoidable or reducible, through accessible and effective actions from health services. As a strategy to reduce said deaths, the "Comitês de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal" were created, with the goal of enhancing healthcare for this area. **Objective:** Highlight experiences and challenges of the Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil (CEPMMI)'s acts. **Presentation of Professional Experience:** The beginnings of CEPMMI do Estado happened in 2007, but its activities presented moments of fragility, leading to its deactivation. In 2014, said activities were resumed with the objective of promoting policies aimed towards women and children's health. The establishment of that service appeared as a necessity for studying, evaluate and surveillance of those deaths, with emphasis on listing fragilities and proposing recommendations of improvements for the aid provided. **Discussion:** During the process of work of the Comitê, there were the elaboration of guiding tools to contribute in the qualification of the aid provided to the user and, consequently, the reduction of maternal, infant and fetuses's death rates. **Final Considerations:** Since the implantation of the Comitê, monthly meetings were made in order to verify if the death causes were avoidable and to recommend the necessary strategies to reduce maternal-infant death rates, but such system is still flawed.

**Keywords:** Maternal Mortality. Infant Mortality. Professional Staff Committees.

<sup>1</sup> Secretaria de Estado de Saúde – SES. Campo Grande, MS. Brasil. ORCID: 000-0003-0335-2848. E-mail: lari.lisboamonti@gmail.com.

<sup>2</sup> Secretaria de Estado de Saúde – SES. Campo Grande, MS. Brasil. ORCID: 000-0002-5304-1493. E-mail: mortalidadematerna@saude.ms.gov.br.

<sup>3</sup> Secretaria de Estado de Saúde – SES. Campo Grande, MS. Brasil. ORCID: 000-0002-5166-147X. E-mail: karine.costa@saude.ms.gov.br.

<sup>4</sup> Secretaria de Estado de Saúde – SES. Campo Grande, MS. Brasil. ORCID: 000-0002-0840-4782. E-mail: mortalidadematerna@saude.ms.gov.br.

<sup>5</sup> Secretaria de Estado de Saúde – SES. Campo Grande, MS. Brasil. ORCID: 000-0002-4285-0949. E-mail: cristiana.schulz12@gmail.com.



## INTRODUÇÃO

A redução da mortalidade materna e infantil no Brasil representa um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b). Até 2030, as novas metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável incluem na redução da taxa de mortalidade materna para menos de 70 mortes por 100.000/nascidos vivos, a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000/nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para até 25 por 1.000/nascidos vivos (NÓBREGA *et al.*, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2016).

As causas dos óbitos maternos, infantis e fetais, em sua maioria, são classificadas evitáveis ou reduzíveis, total ou parcialmente, por ações efetivas e acessíveis dos serviços de saúde em um determinado local e período (MALTA *et al.*, 2010; CARVALHO *et al.*, 2020).

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), a taxa de mortalidade materna e infantil permite analisar a disponibilidade, utilização e eficácia dos cuidados de saúde, especialmente na linha de cuidado materno-infantil, sendo frequentemente utilizada para definição de políticas públicas em saúde direcionadas a essa área (KROPIWIEC; FRANCO; AMARAL, 2017).

Desse modo, como estratégia para prevenção dos óbitos, o Ministério da Saúde criou os Comitês de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, com o intuito de melhorar a qualidade da atenção à saúde a essa linha de cuidado (NÓBREGA *et al.*, 2019).

Os Comitês são considerados instâncias interinstitucionais e multiprofissionais de caráter educativo, sigiloso, não coercitivo ou punitivo, cujo objetivo é identificar os óbitos maternos, infantis e fetais e apontar medidas de intervenção para a redução da mortalidade em âmbito nacional, regional, estadual, municipal (BRASIL, 2009a). Devem ser compostos por instituições governamentais, sociedade civil organizada e universidades que estão ligadas à da saúde da mulher e da criança (VEGA; SOARES; NASR, 2017).

Diversas experiências no mundo apontam a estruturação de comitês de mortalidade e investigação de óbitos como uma estratégia importante para a compreensão das circunstâncias de ocorrência dos óbitos, identificação de fatores de risco e definição das políticas de saúde dirigidas à redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2009c; BRASIL, 2009d), apresentando como objetivos principais a identificação das causas e seus determinantes, e, posteriormente, sugerir e realizar o acompanhamento das medidas que irão prevenir a ocorrência de mortes evitáveis (VEGA; SOARES; NASR, 2017).

Nesse sentido, os processos de trabalhos realizados nos comitês se tornam importantes na redução dos óbitos maternos, infantis e fetais. Portanto, este estudo tem como objetivo elencar a vivência e os desafios da atuação do CEPMMI de Mato Grosso do Sul.

## APRESENTAÇÃO DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

A implantação do CEPMMI de Mato Grosso do Sul ocorreu em 2007 por meio da Resolução nº 813/SES/MS, porém suas atividades apresentaram momentos de fragilidades que contribuíram para desativação do mesmo no período. De fato, o seu fortalecimento ocorreu em 2014, havendo a retomada de suas atividades e ampliação da participação do Comitê na definição e fomento de implementação das políticas direcionadas à saúde da mulher e da criança.

De acordo com o Regimento Interno do CEPMMI publicado em Diário Oficial Eletrônico n.10.317 de 06 de novembro de 2020 por meio da Resolução nº 90/CIB/SES de 28 de outubro de 2020, é considerado uma instância de caráter ético, técnico, científico, educativo e de assessoria, com a finalidade de analisar os óbitos maternos, infantis e fetais que ocorrem no Estado, além de propor ações relacionadas às políticas de saúde com o intuito de prevenir e melhorar a qualidade da assistência.

Sua composição se dá por meio de representações de coordenações e gerencias da Secretaria de Estado de Saúde (SES), órgãos, instituições, universidades, conselhos, distrito sanitário indígena, Secretaria Municipal de Saúde das Macrorregiões do Estado, as quais têm ações interligadas a rede materna infantil e vigilância em saúde.

Como fortalecimento do trabalho dessas instituições perante o Comitê Estadual foi elaborado um Plano de Ação que teve aprovação em Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e publicado em Diário Oficial Eletrônico n.10.902 de 28 de julho de 2022 através da nº 104/CIB/SES com vigência de 1 (um) ano, sendo monitorado pela presidência do CEPMMI no ano de 2022. Nesse Plano, cada representante do Comitê, em sua área de atuação, assumiu compromisso de realizar ações de promoção e prevenção na rede materno infantil. O resultado final das intervenções realizadas será discutido, deliberado e divulgado para as instâncias e sociedade na primeira reunião do CEPMMI em 2023, assim como, estabelecer novo plano para dar continuidade no ano vigente. Dentre as ações elencadas, podemos citar: elaborar e divulgar material audiovisual sobre o pré-natal e o parto de mulheres indígenas; realizar oficinas teórico-práticas em hemorragias pós-parto/hipertensão gestacional/sepse/transporte seguro; acompanhar a implantação/implementação do planejamento reprodutivo nos municípios; realizar congresso sobre violência obstétrica; continuar o desenvolvimento das atividades do PlanificaSUS com foco na estratificação de risco materno e infantil; divulgar em todos os eventos promovidos pela Escola de Saúde Pública a situação dos óbitos maternos e infantis; apoiar os profissionais de cada conselho na divulgação das diretrizes clínicas e nas recomendações elencadas pelo Comitê Estadual; elaborar o boletim epidemiológico do CEPMMI; apresentar a situação de gravidez na adolescência do Estado; divulgar as recomendações elaboradas após os estudos de casos de óbitos; prestar apoio técnico aos municípios quanto a organização da Rede Materna Infantil; realizar uma ação em alusão ao Dia Internacional de Luta pela Saúde da Mulher e Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna; apresentar e discutir sobre os casos de óbitos na população indígena;

divulgar no site institucional os dados de mortalidade materna e infantil; capacitar os profissionais sobre a vigilância do óbito materno infantil; avaliar a segurança do paciente em locais com aumento dos óbitos maternos e infantis e propor atualização quando necessário; dentre outras ações.

Ressaltamos que algumas dessas ações supracitadas já foram implementadas, mas ainda necessita do comprometimento dos representantes para se tornarem contínuas no processo de trabalho.

Para solidificar o trabalho dos municípios, foram adotadas estratégias participativas como, por exemplo, convidando-os para participar como ouvintes e colaboradores nas apresentações de estudos de casos de óbitos maternos, infantis e fetais durante as reuniões do CEPMMI, principalmente os municípios com maiores registros de óbitos que apresentavam dificuldades em identificar pontos de fragilidades que ocasionaram os óbitos. Essa experiência trouxe resultados positivos aos comitês municipais e nas articulações entre as redes de atenção à saúde.

Outro impacto relevante foi a elaboração e disseminação das recomendações perante as fragilidades elencadas durante os estudos dos casos. As mesmas foram repassadas oficialmente aos 79 municípios e adotadas pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), onde estão sendo monitoradas pela presidência do Comitê por meio de um instrumento denominado “Planilha de monitoramento”. Esse instrumento está disponibilizado no site da secretaria para que cada gestor municipal consiga acompanhar e tornar visível as ações que estão sendo executadas e, como, consequência venha impactar na redução da mortalidade materna e infantil.

Através do trabalho do CEPMMI foi possível também firmar parceria com o Conselho Regional de Enfermagem (Coren). Essa parceria deliberou a aquisição de três tipos de cores de caixas para a assistência nas emergências obstétricas, como emergência hipertensiva, hemorragia e sepse. A distribuição das caixas ocorrerá após elaboração da nota técnica, selecionar as instituições serão contempladas, quantitativo para cada uma, bem como a capacitação dos profissionais da rede para uso do dispositivo, com o intuito de impactar na redução da morte materna por essas causas evitáveis.

Por fim, a implantação do Comitê Estadual surgiu da necessidade de estudar, avaliar e monitorar os óbitos maternos, infantis e fetais ocorridos no Mato Grosso do Sul, com ênfase em elencar as fragilidades e, propor recomendações que garantam os direitos da saúde reprodutiva, atenção humanizada a gravidez ao parto e ao puerpério, e às crianças o nascimento seguro e um crescimento e desenvolvimento saudável. Essas ações permeiam o modelo biopsicossocial, ou seja, compreende as dimensões biológica, psicológica e social do usuário.

## DISCUSSÃO

O Comitê Estadual tem como princípio estimular os municípios a estudarem e apresentarem os casos dos óbitos ocorridos, priorizando os municípios que estão em processo de implantação/implementação dos Comitês Municipais de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil. Essas reuniões eram realizadas mensalmente na modalidade presencial, em decorrência da pandemia da Covid-19 optou-se pela modalidade virtual, o que contribuiu e possibilitou uma maior participação e adesão dos membros do Comitê, além de profissionais de saúde municipais que prestaram saúde ao caso decorrente do óbito estudado. Destaca-se que a modalidade virtual ampliou a dimensão funcional e de acessibilidade.

Essa instância fomentou o reforço da Política de Saúde Reprodutiva do Estado, com destaque a implantação dos métodos de longa duração (LARC's) às mulheres com maiores fragilidades identificadas durante as discussões dos casos. Também articulou através da SES uma parceria entre a área técnica da Saúde da Mulher e a Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia para realização de oficinas itinerantes de emergências e urgências obstétricas, além de capacitações teóricas e práticas em LARC's. Os temas das oficinas foram baseados nas patologias mais prevalentes das causas de óbitos materno, infantil e fetal, sendo realizadas no município de maior demanda, estando presente equipes multiprofissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde e Rede Hospitalar, dos municípios pertencentes da macro e microrregiões do Estado.

Dentro do processo de trabalho do Comitê foram elaborados instrumentos norteadores para contribuir na qualificação da assistência prestada ao usuário e, conseqüentemente, a redução da mortalidade materna, infantil e fetal, sendo eles: implantação/implementação de Comitês Municipais; recomendações para melhoria da assistência na Atenção Primária, Secundária e Terciária à Saúde; Boletim Epidemiológico; Plano de Ação do CEPMMI.

Dos 79 municípios existentes no Estado, 45 estão em processo de implantação/implementação dos Comitês Municipais e 09 estão em processo de reestruturação. Em 30 municípios os Comitês necessitam adquirir experiências através de capacitações para subsidiar o gestor local na melhoria da assistência materna infantil. Também é necessário investir em pessoal e equipamento para que ocorram as investigações de maneira mais qualificadas, com o intuito de que o Comitê seja capaz de gerar um produto de forme reflexiva sobre as fragilidades que ocasionou óbito.

O quadro 1 apresenta as recomendações elaboradas no decorrer dos estudos dos óbitos, as mesmas puderam contemplar os três níveis de atenção à saúde.

**Quadro 1** – Recomendações do Comitê Estadual aos municípios do Estado de MS, no ano de 2022.

<b>Recomendações do CEPMMI referente à linha de cuidado materna infantil do Estado de Mato Grosso do Sul</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantar e implementar a estratificação de risco gestacional na Atenção Primária à Saúde (APS).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar oficina com profissionais da APS sobre o cuidado compartilhado.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar educação permanente aos profissionais de saúde.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantar e implementar ações de promoção à saúde e prevenção do tabagismo e de outros fatores de risco que venham a comprometer a saúde da gestante e do concepto.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitar equipe hospitalar para realizar acolhimento e classificação de risco em obstetrícia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar oficinas teórico-práticas em hemorragias pós-parto/ hipertensão gestacional/ sepse/ transporte seguro e LARC's para médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscar alternativa mais abrangente para que as mulheres tenham acesso aos LARC's.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscar apoio dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) às usuárias que tenham dificuldade em aceitar as orientações da equipe.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer um fluxo entre a APS e Atenção Terciária à Saúde para uma alta responsável.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantar e implementar um Centro de Referência de Pré-natal de Alto Risco.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar suporte multidisciplinar e principalmente psicológico às crianças que perderam as mães.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar reunião com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) para discussão acerca dos protocolos, notificações e o rastreamento dos instrumentais.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer um fluxo entre a CCIH do hospital e da APS para que sejam identificadas em tempo oportuno os possíveis casos de infecções.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rediscutir as ações de Atenção à Saúde da Criança na Rede de Atenção à Saúde referente ao cuidado compartilhado (triagem neonatal, puericultura, dentro outros).</li> </ul>

Fonte: Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil, Mato Grosso do Sul (2022).

Como meio de divulgação do perfil epidemiológico de mortalidade materna, infantil e fetal do Estado, os Boletins Epidemiológicos foram produzidos anualmente com ênfase nas causas básicas dos óbitos, na distribuição dos óbitos pelos municípios, nas variáveis sociodemográficas (raça/cor, estado civil, faixa etária, escolaridade), na série histórica dos óbitos e, por fim, nas recomendações referentes as estratégias para impactar na diminuição desses óbitos.

Já o Plano de Ação do CEPMMI foi elaborado com o intuito de fortalecer o comprometimento de seus membros com a causa de redução dos óbitos maternos, infantis e fetais, não apenas com a participação em reuniões, mas, também, como cooparticipantes no processo de trabalho dentre as funções das instituições/órgãos representantes. Esse Plano de Ação apresenta período de monitoramento semestral das atividades em andamento ou já realizadas pelos membros. Vale destacar a participação e o comprometimento de alguns membros do Comitê Estadual nas capacitações realizadas pela gestão Estadual, contribuindo na reestruturação da assistência materno infantil.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a implantação do CEPMMI de Mato Grosso do Sul foram realizadas reuniões mensais visando contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada as gestantes e as crianças, sempre em busca de verificar se as causas dos óbitos eram evitáveis e recomendar estratégias necessárias para contribuir com a redução da mortalidade materna infantil.

Porém existem algumas fragilidades nesse processo de trabalho como, por exemplo, a precariedade da infraestrutura de trabalho e a falta de valorização dos membros do Comitê, os quais participam como voluntários sem devido reconhecimento do trabalho pela causa social.

Portanto, apesar dos avanços alcançados, ainda temos grandes desafios a serem enfrentados, tais como: comitê meramente formais; investimento de infraestrutura para realizar a investigação dos óbitos de maneira qualificada no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM); implantação ou implementação das recomendações levantadas, através da produção de boletins epidemiológicos que de visibilidade do trabalho realizado pelos Comitês Estadual e Municipais. Por fim, é preciso que os Comitês sejam incorporados no organograma da estrutura de gestão do serviço de saúde local.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b. 96 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do óbito Infantil e Fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. 77 p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009d. 104 p.

CARVALHO, P. I. *et al.* Perfil sociodemográfico e assistencial da morte materna em Recife, 2006-2017: estudo descritivo. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 29, n. 1, 1-18, 2020.

KROPIWIEC, M. V.; FRANCO, S. C.; AMARAL, A. R. Fatores associados à mortalidade infantil em município com índice de desenvolvimento humano elevado. **Rev Paul Pediatr.**, Joinville, v. 35, n. 4, p. 391-398., 2017.

MALTA, D. C. *et al.* Atualização da lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 19, n. 2, p. 173-176, 2010.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução nº 90, de 28 de outubro de 2020. Aprovar a alteração do Regimento Interno do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil de Mato Grosso do Sul. **Diário Oficial Eletrônico**: seção 1, Campo Grande, MS, ano 42, n. 10.317, p. 32, 06 nov. 2020. Disponível em: [https://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/Download/DO10317\\_06\\_11\\_2020](https://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/Download/DO10317_06_11_2020). Acesso em: 27 set. 2022.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução nº 813, de 09 de agosto de 2007. Reestruturar o Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil de Mato Grosso do Sul. **Diário Oficial Eletrônico** n. 7.032. **Diário Oficial do Estado de Mato Grosso do Sul**: seção 1, Campo Grande, MS, ano 29, n. 7.032, p. 9, 16 ago. 2007. Disponível em: [https://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/Download/DO7032\\_16\\_08\\_2007](https://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/Download/DO7032_16_08_2007). Acesso em: 27 set. 2022.

NOBREGA, E. C. M. *et al.* Desafios do Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna e Infantil em um Município Cearense. **Cadernos ESP**, Ceará, v. 13, n. 1, p. 113 – 128, 2019.

OLIVEIRA, C. M. *et al.* Mortalidade infantil: tendência temporal e contribuição da vigilância do óbito. **Acta Paul Enferm**, Recife, v. 29, n. 3, p. 282-90, 2016.

VEGA, C. E. P.; SOARES, V. M. N.; NASR, A. M. L. F. Mortalidade materna tardia: comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, 1-13, 2017.

---

**Conflito de Interesse:** Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 03/10/2022

ACEITO: 06/12/2022

# BEM NASCER MS: UM CAMINHO PARA A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL NO MATO GROSSO DO SUL

BEM NACER MS: A PATH TO REDUCE MATERNAL AND CHILD MORTALITY IN MATO GROSSO DO SUL

Cristiana Schulz<sup>1</sup>, Hilda Guimarães de Freitas<sup>2</sup>, Karine da Costa Cavalcante<sup>3</sup>, Carolina dos Santos Chita Raposo<sup>4</sup>, Larissa Lisboa Monti<sup>5</sup>, Jadir Dantas<sup>6</sup>

## RESUMO

**Introdução:** A saúde materna se refere à saúde da mulher durante a gravidez, o parto e o período pós-natal. Cada etapa deve ser uma experiência positiva, garantindo que as mulheres e seus bebês atinjam o pleno potencial de saúde e bem-estar. Melhorar a saúde materna é uma das principais prioridades da OMS, fundamentada em uma abordagem de direitos humanos e vinculada aos esforços de cobertura universal de saúde. **Apresentação da experiência Profissional:** Descrever o Projeto Bem Nascer, criado no estado do Mato Grosso do Sul com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil. **Discussão:** Relato de experiência sobre a criação e lançamento do projeto Bem Nascer MS no Estado de Mato Grosso do Sul por meio da Secretaria de Estado de Saúde, em novembro de 2021, a adesão dos 79 municípios, entrega de equipamentos, repasse financeiro de custeio aos municípios que implantaram os centros de referência do Estado como estratégia pela redução da mortalidade materna e infantil e como um dos resultados positivos da implantação do Projeto Bem Nascer MS foi a contribuição da redução da mortalidade materna no ano de 2022. **Considerações Finais:** O projeto Bem Nascer MS ainda está em fase de implantação, mas já aponta um impacto no acesso das mulheres a diagnósticos precoces.

**Palavras-chave:** Mortalidade. Saúde Materna. Saúde Infantil.

## ABSTRACT

**Introduction:** Maternal Health refers to women's health during the pregnancy, birth and postnatal period. Each stage must be a positive experience, assuring that mothers and their babies reach full potential of health and well-being. Improving maternal health is one of the main priorities of the WHO, reasoned on an approach of human rights and linked to efforts for a universal health coverage. **Description of the professional experience:** To describe the introduction of Projeto Bem Nascer MS, adhered by the 79 counties of the state of Mato Grosso do Sul, with the intention of reducing maternal and infant death rates. **Discussion:** Report of the creation and release of the project Bem Nascer MS in the state of Mato Grosso do Sul through the Secretaria de Estado de Saúde, on November of 2021, the adhesion of 79 counties, equipment shipping, financial transfer of costing to counties that deployed state reference centers as a strategy for the reduction of maternal and infant deaths and as one of the positive results of the implementation of the Bem Nascer MS Project was the contribution of the reduction of maternal mortality in the year 2022. **Final Considerations:** The project Bem Nascer MS is still on implementation stages, but already indicates impact of women's access to early diagnoses.

**Keywords:** Mortality. Maternal Health. Infant Health.

<sup>1</sup> Secretaria de Estado de Saúde – SES. Campo Grande, MS. Brasil. ORCID: 0000-0002-4285-0949. E-mail: cristiana.schulz12@gmail.com.

<sup>2</sup> Secretaria de Estado de Saúde – SES. Campo Grande, MS. Brasil. ORCID: 0000-0002-5304-1493. E-mail: mortalidadematerna@saude.ms.gov.br.

<sup>3</sup> Secretaria de Estado de Saúde – SES. Campo Grande, MS. Brasil. ORCID: 0000-0002-5166-147X. E-mail: karine.costa@saude.ms.gov.br.

<sup>4</sup> Secretaria de Estado de Saúde – SES. Campo Grande, MS. Brasil. ORCID: 0000-0002-0840-4742. E-mail: carolina.raposo@saude.ms.gov.br.

<sup>5</sup> Secretaria de Estado de Saúde – SES. Campo Grande, MS. Brasil. ORCID: 0000-0003-0335-2848. E-mail: lari.lisboamonti@gmail.com.

<sup>6</sup> Secretaria de Estado de Saúde – SES. Campo Grande, MS. Brasil. ORCID: 0000-0003-0123-7950. E-mail: dantas.jadir@gmail.com.



## INTRODUÇÃO

A saúde materna se refere à saúde da mulher durante a gravidez, o parto e o período pós-natal. Cada etapa deve ser uma experiência positiva, garantindo que as mulheres e seus bebês atinjam seu pleno potencial de saúde e bem-estar (BRASIL, 2005). Segundo a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS, 2022), diariamente cerca de 830 mulheres morrem em decorrência de complicações relacionadas a gestação e ao parto. Situação esta, que pode ser configurada como uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por se tratar de uma tragédia evitável. Este cenário é passível de ser revertido, desde que sejam adotadas medidas suficientemente eficazes e, portanto, capazes de mudar esse desfecho.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 140 milhões de partos ocorrem todos os anos e a proporção atendida por pessoal de saúde qualificado aumentou de 58% em 1990 para 81% em 2021. Isso se deve principalmente ao maior número de partos ocorridos em uma unidade de saúde (FRANCO; ESTEVES; PEREIRA, 2021).

As mortes por complicações durante a gravidez, o parto e o período pós-natal diminuíram 38% nas últimas duas décadas, mas com uma redução média de pouco menos de 3% ao ano, esse ritmo de progresso é muito lento. Também esconde grandes desigualdades dentro e entre países (BRITO *et al.*, 2022).

A Organização das Nações Unidas (ONU) desenvolveu o projeto global Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que oferece uma oportunidade para a comunidade internacional trabalhar em conjunto e acelerar o progresso para melhorar a saúde materna para todas as mulheres, em todos os países, em todas as circunstâncias (BARRETO, 2021).

As metas dos ODS são divididas em 17 objetivos que abordam os principais desafios de desenvolvimento. Dentro do Objetivo3 que é assegurar uma vida saudável e prover o bem-estar para todas e todas em todas as idades temos para a saúde materna a meta 3.1 que visa reduzir a taxa de mortalidade materna global para de menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2030 e a 3,8, exigindo o alcance da cobertura universal de saúde. Estes não podem ser alcançados sem cobertura de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil para todos (MOTTA; MOREIRA, 2021). De acordo com as ODS, o Brasil assumiu compromisso que até 2030 reduzirá a razão da mortalidade materna para no máximo 30 mortes para 100.000 nascidos vivos, compromisso também assumido pelo estado de Mato Grosso do Sul.

Melhorar a saúde materna é uma das principais prioridades da OMS, fundamentada em uma abordagem de direitos humanos e vinculada aos esforços de cobertura universal de saúde (GENOVESI *et al.*, 2020). Também é responsabilidade da OMS monitorar o progresso em direção à meta global de redução da mortalidade materna (meta 3.1 dos ODS). A OMS gera dados, pesquisas, diretrizes clínicas e ferramentas programáticas para apoiar o alcance de metas globais e estratégias baseadas em evidências para acabar com a mortalidade materna evitável e melhorar a saúde e o bem-estar materno (MOTTA; MOREIRA, 2021).

A OMS apoia os Estados membros na implementação de planos para promover o acesso a serviços de saúde de qualidade para todos. Parcerias fortes são cruciais, como a Rede para Melhorar a Qualidade da Atenção à Saúde Materna, Neonatal e Infantil, lançada pela OMS e UNICEF (LEAL *et al.*, 2018). Embora tenham sido feitos progressos importantes nas últimas duas décadas, cerca de 295.000 mulheres morreram durante e após a gravidez e o parto em 2021 (QUENTAL, 2022). Esse número é inaceitavelmente alto.

As causas diretas mais comuns de lesão e morte materna são perda excessiva de sangue, infecção, pressão alta, aborto inseguro e trabalho de parto obstruído, bem como causas indiretas, como anemia, malária e doenças cardíacas (COSTA; OLIVEIRA; LOPES, 2021).

A maioria das mortes maternas podem ser evitadas, desde que o atendimento seja executado por uma gestão oportuna e acompanhada por um profissional de saúde qualificado dentro de um ambiente que ofereça apoio necessário, ao mesmo tempo, simplesmente sobreviver à gravidez e ao parto nunca pode ser o marcador de cuidados de saúde materna bem-sucedidos. É fundamental expandir os esforços para reduzir as lesões e deficiências maternas para promover a saúde e o bem-estar.

Cada gravidez e parto são únicos e enfrentar as desigualdades que afetam os resultados de saúde, especialmente a saúde sexual e reprodutiva e os direitos de gênero, são fundamentais para garantir que todas as mulheres tenham acesso a cuidados hospitalares respeitosos e de alta qualidade. No anseio por melhorias na assistência voltada para o binômio mãe e bebê, excepcionalmente para redução da mortalidade materna e infantil, era preciso pensar num projeto que melhorasse a estrutura e que tivesse compromisso social e político. Em decorrência da Pandemia de COVID-19, a preocupação com o aumento dos óbitos maternos e infantis causaram inquietude na equipe técnica da Coordenadoria de Ações em Saúde do estado de Mato Grosso do Sul, uma vez que o primeiro semestre de 2021 já registrava 38 óbitos maternos.

Diante da necessidade de ampliação ao acesso integral a saúde da mulher e da criança com qualidade, o Estado de Mato Grosso do Sul por meio da Secretaria de Estado de Saúde (SES) lançou o projeto Bem Nascer MS, tendo como principal linha de cuidado uma contínua organização da assistência nas ações de saúde do Estado, que inicia no planejamento familiar, pré-natal, parto, puerpério e o acompanhamento do recém-nascido, se estendendo até os 02 anos de vida com vistas a redução da mortalidade materna e infantil.

Assim, considerando a amplitude do projeto o objetivo geral deste estudo é descrever o Bem Nascer MS, criado com o objetivo de reduzir a mortalidade materno-infantil no estado de Mato Grosso do Sul. Como metodologia, foi adotado o estudo de caso, baseado em dados primários fornecidos pela Secretaria de Estado de Saúde.

## APRESENTAÇÃO DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

O presente estudo é de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, com coleta de dados realizada na fonte primária do banco de dados e informações da Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul. Foi realizado um relato de caso da experiência de construção do Projeto Bem Nascer MS, discutindo o potencial do projeto na construção de cenários de redução da mortalidade materna e infantil para o estado.

## DISCUSSÃO

As políticas de humanização do parto e assistência pré-natal no Brasil têm contribuído de maneira significativa com a redução dos índices de mortalidade entre os anos de 2012 e 2022 (COSTA *et al.*, 2021). Tais políticas são importantes para proteger os grupos mais vulneráveis a intercorrências durante e após o parto. No estado do Mato Grosso do Sul, mais de 60% das mortes maternas são de mães negras, mais de 80% são mulheres jovens, entre 18 e 29 anos e mais de 60% das mortes ocorre em até 42 dias após o parto (DATASUS, 2022). Trata-se de um contexto que atinge severamente as populações que não possuem acesso ao cuidado humanizado durante e após a gestação.

Ao analisar a série histórica, verificou-se a gravidade em relação a saúde da mulher com a ocorrência do aumento de óbitos maternos (Quadro 1), e para isso a SES estabeleceu ações que implicassem diretamente na melhoria do atendimento as gestantes e consequentemente redução dos óbitos maternos.

**Quadro 1** - Série histórica de óbitos maternos no MS. 2014-2022.

ANO	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
ÓBITOS MATERNOS	26	31	28	21	29	22	16	51	16

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

\*dados preliminares de setembro de 2022

Observa-se que o ano de 2021 foi aquele que apresentou um maior número de óbitos maternos em comparação com os demais anos analisados, em função da pandemia de coronavírus. Em relação aos demais anos, não houve variação significativa. O contexto da pandemia induziu a SES a aderir de maneira rigorosa os protocolos recomendados pelo projeto Bem Nascer MS, desenvolvido pelo Ministério da Saúde e reproduzido em diferentes redes municipais e estaduais.

Em março de 2020 vale ressaltar que a COVID-19 foi declarada como pandemia pela OMS e Emergência em Saúde Pública de Interesse Nacional pelo Ministério da Saúde. Essa situação trouxe uma série

de transtornos, impondo barreiras para o acesso aos serviços de saúde para o atendimento eletivo. Principalmente as gestantes e mães, que mesmo com prioridade nas consultas de pré-natal, puerpério e puericultura, deixaram de procurar o atendimento por medo de contrair o vírus da COVID-19.

De acordo o Sistema de Informação sobre a Mortalidade (SIM), no ano de 2021, as consequências da Pandemia ficaram evidentes e a Secretaria de Estado de Saúde ao realizar o monitoramento dos óbitos maternos e infantis percebeu um aumento considerável no número absoluto de óbitos maternos, em comparação com o ano anterior. Esse fato gerou um alerta para necessidade de serem disparadas ações de enfrentamento à situação encontrada. No ano anterior (2020) o quantitativo de óbitos atingiu a meta pactuada, fechando em 16 óbitos.

Fechados os bancos de mortalidade, Mato Grosso do Sul apresentou 51 óbitos, levando a uma taxa de 140 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. Destes 51 óbitos, 23 foram causados diretamente pela COVID-19, porém no que tange aos demais casos, é possível inferir que as barreiras de acesso podem ter influenciado no desfecho desfavorável. Mesmo diante desse contexto, a média ainda é menor do que aquela apresentada para o Brasil, que é de 67,86 e para a região centro-oeste, que é de 65,61.

Nesta época, o Secretário de Estado de Saúde em exercício, médico Ginecologista e Obstetra, impulsionou o desenvolvimento de um grande projeto intersetorial de redução da mortalidade materna e infantil, convocando as áreas técnicas da SES para a elaboração de uma proposta estadual. Portanto, a Diretoria-Geral de Atenção à Saúde por meio das Gerências de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente, Gerência de Atenção à Saúde da Mulher e à Pessoa em Situação de Violência, ambas da Coordenadoria de Ações em Saúde e a Gerência da Rede Cegonha, da Coordenadoria das Redes de Atenção à Saúde, reuniram-se para discutir os indicadores de saúde e traçar as principais necessidades enfrentadas pelas Secretarias Municipais de Saúde, a fim de eleger os eixos prioritários de trabalho. Os produtos gerados foram validados pela assessoria da SES apoiada pela OPAS.

Os eixos de trabalho escolhidos foram: a educação permanente, o enfrentamento à sífilis congênita, a linha materna e infantil, a prevenção da mortalidade materna e infantil, o financiamento, a governança e a produção científica. Cada eixo com o corpo de estratégias a serem realizadas em conjunto com vários parceiros como a Associação de Ginecologia e Obstetrícia de Mato Grosso do Sul (SOGOMAT/SUL), Conselho Regional de Nutrição (CRN-3), Conselho Regional de Medicina (CRM/MS), Conselho Regional de Enfermagem (COREN/MS), Sociedade Brasileira de Pediatria, Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão”, Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Subsecretaria Estadual de Políticas Públicas para as Mulheres, entre outros. Nesse contexto, algumas estratégias de enfrentamento já vinham sendo desenvolvidas através das áreas técnicas da SES, a exemplo de alguns cursos de capacitação, especialização na temática materno infantil através da Escola de Saúde Pública (ESP) e da divulgação das propostas elencadas para prevenção dos óbitos através do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil de MS.

No eixo do financiamento, foram elaboradas estratégias como repasse de incentivo financeiro estadual para os fundos municipais de saúde, para reestruturação dos Centros de Referência de Saúde da Mulher e da Criança, bem como para aquisição de equipamentos, a fim de dotar os serviços de saúde com aquisição de detector fetal, cardiotocógrafo, materiais para inserção de métodos contraceptivos de longa duração (LARCs), entre outros. Além disso, foram adquiridos aparelhos de ultrassonografia portáteis para os 79 municípios do Estado.

Com o projeto pronto, a fase seguinte foi pensar em um nome que pudesse representar o nobre objetivo. Dentre várias sugestões o nome escolhido foi Bem Nascer MS, que representaria tanto a saúde da gestante, como também a saúde da criança. Após o nome dado, o projeto foi apresentado para todos os setores da SES, de modo torná-lo conhecido e obter sugestões para as ações a serem propostas.

Após esta tarefa, foi agendada reunião com o Governador do Estado, entre outros secretários estaduais das pastas afins, para apresentação do projeto e convite a primeira-dama para que ela fosse a madrinha do Bem Nascer MS no âmbito Estadual e que convidasse às primeiras-damas municipais para serem as madrinhas no âmbito municipal, uma vez que elas representariam as mulheres e crianças, principalmente sendo o elo de ligação com a comunidade, fariam a sensibilização dos profissionais de saúde, bem como incentivar o levantamento de dados, cumprimento dos indicadores da saúde, entre eles, o de razão da morte materna, das taxas de mortalidade infantil, da redução do percentual de gravidez na adolescência e ampliação do acesso aos métodos contraceptivos de longa duração. A atuação das madrinhas foi formalizada através de termo de compromisso para execução do plano de ação com todos os eixos de implantação, elegendo as prioridades municipais para o primeiro ano do projeto Bem Nascer MS.

Foram elaboradas diversas peças publicitárias, como identidade visual, folhetos informativos, banner, adesivos, placas, entre outros para divulgação do projeto e para ações educativas junto aos usuários do SUS.

Houve a criação de uma página no site oficial da SES (<https://www.saude.ms.gov.br/>), para apresentar os indicadores de uma forma transparente e de fácil visibilidade, apoiando o processo de decisão dos gestores municipais de saúde e a divulgação dos planos de ações das madrinhas, bem como, fotos das ações realizadas, protocolos, documentos e materiais informativos da mortalidade materna infantil centralizados, onde o acesso é público para gestores, profissionais e sociedade civil em geral.

Em novembro de 2021, ocorreu o lançamento do projeto Bem Nascer MS, no qual se fez presente o Governador do Estado, a primeira-dama e diversas autoridades locais, em que se apresentou o objetivo, os eixos do projeto e as atribuições das madrinhas, com as atividades sugeridas destas a serem cumpridas nos municípios. O lançamento foi transmitido on-line nas redes sociais do governo do Estado para participação dos gestores e profissionais de saúde.

A repercussão foi favorável nos 79 municípios do Estado, onde todos fizeram a adesão assinando o termo de compromisso e indicando a primeira-dama municipal ou outra personagem escolhida pelo prefeito

(a) para ser a madrinha em seu município para representar a força das mulheres, e com isso apoiar e participar das ações voltadas para a redução da mortalidade materna infantil a serem realizadas em cada município.

Atualmente, os 79 municípios estão engajados com às ações propostas pela SES. Destes, apenas 4 municípios não receberam o aparelho portátil de ultrassonografia (USG) e sim o recurso financeiro para aquisição do mesmo, que já está em processo licitatório pelo município e, por conta disto não estão realizando os exames de USG, uma minoria apresenta dificuldades para realização destes exames, por falta de profissionais médicos qualificados e pela rotatividade dos profissionais, mas participando ativamente das ações alusivas, realizando eventos no respectivo município e fazendo parte das políticas públicas locais sempre com a proposta da redução da mortalidade materna e infantil.

Além de o projeto ter uma importância na proteção à saúde materno-infantil, ele coloca o estado do Mato Grosso do Sul alinhado às metas dos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS) definidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) para serem alcançadas até o ano de 2030. Entre as metas estabelecidas no documento, está a 3.1, que é reduzir a mortalidade materna para no máximo 30 mortes para cada 100.000 nascidos vivos. Para que essa meta seja alcançada, o Brasil e o estado do Mato Grosso do Sul precisam reduzir e mais de 60% os índices de mortalidade materna existentes em 2022 (MOTTA; MOREIRA, 2021). Destaca-se que, em 2000, os objetivos para o milênio, também definidos pela ONU, previam metas para a redução da mortalidade infantil que foram alcançadas pelo Brasil durante a primeira década do século XXI, de modo que a definição de metas é importante para a execução das políticas públicas no contexto da saúde. No entanto, embora o projeto Bem Nascer MS estabeleça essa meta para 2030, a desigualdade existente na cobertura da assistência em saúde materno-infantil no estado e no cenário brasileiro não permitem a construção de cenários otimistas em relação à uma redução tão significativa até o ano previsto.

Para fortalecer o vínculo e a troca de experiências entre as madrinhas e a SES, foi criado um grupo em uma mídia social. Nesse grupo são enviados registros fotográficos e relatos de experiências das ações realizadas nos municípios. Bimestralmente são realizadas reuniões on-line onde a SES apresenta dados sobre óbitos maternos e infantis, novas oportunidades aos municípios como cursos e eventos afim de aperfeiçoar e melhorar toda a estrutura da linha materna e infantil.

A SES mantém atuante o Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil (CEPMMI-MS) com reuniões ordinárias mensais, nas quais são estudadas as investigações dos óbitos maternos e infantis pela assistência e vigilância à saúde municipais. Após o estudo são elencadas as recomendações para os diversos níveis de assistência e da gestão.

O projeto Bem Nascer MS por meio do monitoramento mensal dos exames de ultrassonografia e visitas técnicas realizadas pelos profissionais da SES aos municípios, percebeu-se que houve um aumento significativo nos exames ofertados e melhoria no tempo de espera, não só para

gestantes, mas facilitou o acesso da população em geral realizando exames de diversas tipologias, principalmente ultrassons transvaginais e de mamas e abrangendo também a população masculina, contribuindo assim na melhoria da qualidade da assistência prestada aos indivíduos.

Durante o desenvolvimento do projeto Bem Nascer MS, a SES apresentou as estratégias iniciais para implementação desta proposta em reuniões e eventos de caráter nacional. Em um destes eventos o Bem Nascer MS foi apresentado ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI) que executa o PlanificaSUS no Mato Grosso do Sul para a Organização da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) em rede com a Atenção Primária à Saúde (APS). O PlanificaSUS vem sendo realizado nas regiões de saúde de Aquidauana e Jardim para a organização da linha materna e infantil, definido pela Secretaria de Estado de Saúde como uma vertente de apoio ao Bem Nascer MS.

Outro resultado positivo, foi a redução da mortalidade materna no ano de 2022. Até o mês de setembro de 2022 foram registrados 16 óbitos, uma redução de 65% em relação ao ano de 2021. Considerando que os aparelhos de ultrassonografia portáteis já foram disponibilizados para a totalidade de municípios observa-se o esforço realizado pela maioria das madrinhas e suas equipes na execução desses exames e principalmente um olhar diferenciado para as ações maternas e infantis pactuadas e atribuídas a estas representantes.

Também estão sendo realizadas repasses financeiros para a manutenção dos Centros de Referência da Saúde da Criança e da Mulher, para os municípios que cumpriram os requisitos da Resolução nº 95/SES/MS. Alguns municípios ainda não estabeleceram como prioridade a implantação e/ou reativação desses Centros. Esses estabelecimentos dão suporte e impulsionam a melhoria de toda a rede de saúde dos seus municípios.

Todos os municípios do Estado estão recebendo recurso financeiro estadual, através do Bem Nascer MS, para fortalecimento das ações de vacinação complementando o Programa Nacional “Vacina Mais”, estratégias para o enfrentamento aos baixos percentuais de cobertura vacinal, conforme Resolução nº 82/SES/MS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Estado de Mato Grosso do Sul, por meio da Secretaria de Estado de Saúde, lançou o Bem Nascer MS e em poucos meses de sua execução o projeto aponta impactos consideráveis principalmente no acesso das mulheres a diagnósticos precoce por meio dos exames de ultrassonografia, bem como também vem direcionando o fortalecimento da rede materna e infantil com o propósito de redução da mortalidade deste binômio.

Nesta fase de implementação ainda está diante de grandes desafios tais como o interesse e a adesão dos municípios em implantar os Centros de Referência à Saúde da Mulher e da Criança, a realização de cursos

em maior escala de abrangência, a aquisição de materiais para a melhoria na qualidade dos atendimentos e a empregabilidade adequada, o distanciamento dos profissionais de saúde e os gestores e a dificuldade, sobretudo nos processos de trabalho e no monitoramento dos planos de ação municipal e a elevação dos indicadores.

O Bem Nascer MS nasceu de um grande esforço da SES e seus técnicos, com a finalidade de promover melhorias na qualidade da saúde das mulheres e crianças sul-mato-grossenses e para favorecer o fortalecimento da rede de cuidado compartilhado, que é a condição *sine qua non* para o sucesso desse projeto.

O comprometimento de todos os municípios, cada um assumindo efetivamente seu papel nesse processo para favorecer a qualidade da saúde no Mato Grosso do Sul, é outra condição essencial a ser considerada, quando o que se propõe é uma mudança significativamente positiva no cenário da atenção a saúde das mulheres e crianças deste Estado.

## REFERÊNCIAS

- BARRETO, B. L. Perfil epidemiológico da mortalidade materna no Brasil no período de 2015 a 2019. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 10, n. 1, p. 127-133, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRITO, N. S. *et al.* Representações sociais da gravidez: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, Rio de Janeiro, v. 96, n. 38, p.1-15, 2022.
- COSTA, M. F. B. Contribuições da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde no Brasil para prevenção da mortalidade materna: Revisão integrativa de 2015 a 2019. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 1-13, 2021.
- COSTA, E. S.; OLIVEIRA, R. B.; LOPES, G. S. As principais causas de morte maternas entre mulheres no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 5826-5826, 2021.
- DATASUS. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos - Brasil. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>. Acesso em: set 2022.
- FRANCO, P. C; ESTEVES, A. V. F.; PEREIRA, M. S. S. Gravidez, parto e puerpério: vivências de enfermeiras residentes em centros de parto normal intra-hospitalar. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.] v. 13, n. 4, p. 6889-6889, 2021.
- GENOVESI, F. F. *et al.* Assistência à saúde materno-infantil: índice de adequação em serviços públicos de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, p.1-8, 2020.
- LEAL, M. C. *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1915-1928, 2018.
- MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução nº 82/SES/MS, de 18 de julho de 1922. Estabelece os critérios e o fluxo para o repasse de incentivo financeiro estadual de custeio, em caráter provisório, aos municípios para o fortalecimento das ações de vacinação no âmbito de Mato Grosso do Sul e dá outras providências. **Diário oficial eletrônico**: Campo Grande, MS, ano XLIV, nº 10896, p. 12, 20 jul. 2022.
- MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução nº 95/SES/MS, de 19 de novembro de 2021. **Diário oficial eletrônico**: Campo Grande, MS, ano XLIII, nº 10685, p. 33, 22 nov. 2021.

MOTTA, C. T.; MOREIRA, M. R. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, p. 4397-4409, 2021.

OPAS. Saúde Materna, [20-?]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/63100>. Acesso em: 01 out. 2022.

QUENTAL, L. L. C. **Check-list de cuidado seguro na urgência hipertensiva gestacional**: construção coletiva da equipe de enfermagem. 2022. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022.

---

**Conflito de Interesse:** Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 03/10/2022

ACEITO: 03/12/2022





e-ISSN 2675-7656



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA  
DR. JORGE DAVID NASSER

**SES**  
Secretaria de Estado  
de Saúde



**GOVERNO  
DO ESTADO**  
Mato Grosso do Sul