



UNESP

Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”
Faculdade de Medicina de Botucatu
Campus de Botucatu



**ENSINO DA REANIMAÇÃO NEONATAL PARA PARTEIRAS
TRADICIONAIS – DO APRENDIZADO À PRÁTICA NAS
REGIÕES NORTE E NORDESTE DO BRASIL.**

ROSSICLEI DE SOUZA PINHEIRO

Botucatu - SP

2013



Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”
Faculdade de Medicina de Botucatu
Campus de Botucatu



**ENSINO DA REANIMAÇÃO NEONATAL PARA PARTEIRAS TRADICIONAIS –
DO APRENDIZADO À PRÁTICA NAS REGIÕES NORTE E NORDESTE DO
BRASIL.**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutor.

Orientanda: Rossiclei de Souza Pinheiro

Orientadora: Professora Doutora Ligia Maria Suppo de Souza Rugolo

Botucatu – SP

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Pinheiro, Rossiclei de Souza.

Ensino da reanimação neonatal para parteiras tradicionais : do aprendizado à prática nas regiões norte e nordeste do Brasil / Rossiclei de Souza Pinheiro. - Botucatu, 2013

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Ligia Maria Suppo de Souza Rugolo

Capes: 40101150

1. Parteiras - Entrevistas. 2. Emergências neonatais. 3. Formação profissional. 4. Educação permanente. 5. Parto em casa.

Palavras-chave: Parteiras; Parto domiciliar; Reanimação neonatal.

DEDICATÓRIA

A Deus,

Pelo seu amor, pelo seu perdão perante as minhas faltas e pela sua infinita grandeza, que foi a mola propulsora para que eu mantivesse meus objetivos e conseguisse concluí-lo.

A Petronio,

Por seu amor incondicional, que foi essencial para que se concretizasse este trabalho. Dedico meu amor, minha vida e meu reconhecimento.

A Guilherme e Gabriela,

Meus filhos amados, motivos do meu viver, que me perdoem os momentos de ausência.

AGRADECIMENTOS

A concretização de uma tese nunca é um trabalho individual. Há muitos anos, como neonatologista de maternidade pública e avaliando recém-nascidos procedentes de parto domiciliar, comecei a delinear meu projeto, pois a frequência de neonatos internados por asfixia, por prematuridade e por infecção era muito grande, enfim o quadro era realmente preocupante. Naquela época, eu observava a angústia das parteiras que acompanhavam as mães e os recém-nascidos e percebi que a preocupação não era só minha, mas muito maior era a delas. Do momento em que iniciei a pesquisa até o dia em que imprimi a sua forma final (talvez ainda provisória), foram muitas pessoas que, formal ou informalmente, contribuíram para os resultados. Gostaria de poder mencionar todas, entretanto sei que é impossível. Nossa pesquisa foi uma construção coletiva na qual fui incorporando às minhas, as inquietações de muitos.

*Em primeiro lugar, agradeço as **parteiras** que aceitaram participar desta pesquisa, contribuindo com as entrevistas, com a confiança de que este trabalho iria melhorar muito para a assistência perinatal em suas comunidades, em seus estados, em nosso país e quem sabe no mundo.*

*O que viabilizou este trabalho foi a cooperação do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria que, através do Programa de Reanimação Neonatal, coordenado por Prof^a. Dr^a **Maria Fernanda Branco de Almeida** e Prof^a. Dr^a **Ruth Guinsburg**, dispuseram-se a colaborar em tudo que fosse necessário, contribuindo na formatação de um treinamento específico para parteiras tradicionais, não medindo esforços para o sucesso da pesquisa.*

*A colaboração do Grupo Curumim, coordenado pela enfermeira **Ana Paula de Andrade Viana**, que se mostrou interessada, desde o primeiro treinamento, e nos estimulou a seguir em frente.*

*A disposição da minha amiga e parceira **Marynea do Vale Nunes**, que se mostrou interessada nos meus objetivos e participou das entrevistas e capacitações.*

*A sapiência da minha orientadora Prof^a. Dr^a **Lígia Maria Suppo de Souza Rugolo**, que percebeu a importância deste trabalho e se dispôs a me acompanhar na concretização desta tese. Com a mesma, aprendi durante todo o tempo a fazer pesquisa e, certamente, sua maior lição foi a seriedade, o compromisso e a responsabilidade, que, obrigatoriamente, são necessários ao invadirmos a vida das pessoas que se dispõem a participar dos estudos científicos.*

Não seria possível realizar este estudo sem o apoio das Secretarias Estaduais de Saúde e Filiadas da Sociedade Brasileira de Pediatria, incluindo os gestores e instrutores da Reanimação Neonatal que realizaram os cadastros e as entrevistas com as parteiras, todos foram imprescindíveis e fizeram a pesquisa acontecer. A todos eles, serei eternamente grata e tenho a certeza de que nossa caminhada, junto às parteiras, continuará firme pelo bem das mães e dos bebês.

*Ao chefe do Departamento de Saúde Materno-Infantil da UFAM, Dr. **Adalberto Bomfim**, por entender e apoiar o meu afastamento das atividades acadêmicas durante o período do doutorado.*

*Ao Prof. Dr. **Fernando Luiz Westphal** por sua disposição e contribuição na coordenação deste DINTER entre a UFAM e UNESP. Finalmente, agradeço a toda minha turma do doutorado pelo carinho dedicado, desde o primeiro dia de aula, passando pelos momentos de maior dificuldade, quando estavam sempre presentes, demonstrando atenção e apoio incondicional.*

SUMÁRIO

EPIÍGRAFE	8
INTRODUÇÃO	9
ARTIGO 1	18
Resumo	19
Abstract	20
Introdução	21
Método	22
Resultados	24
Discussão	31
Conclusão	34
Referências bibliográficas	35
ARTIGO 2	38
Resumo	39
Abstract	40
Introdução	41
Método	42
Resultados	44
Discussão	52
Conclusão	57
Referências bibliográficas	58
ANEXOS	61

EPÍGRAFE

A parteira é a mulher que assiste à mãe ao dar à luz. Nos tempos antigos, os deveres da parteira consistiam em cortar o cordão umbilical, lavar o bebê, esfregá-lo com sal, envolvê-lo em faixas, e depois apresentá-lo ao pai. A competência e dedicação dessas mulheres no parto deram honra à sua profissão. Frequentemente a parteira era amiga e vizinha da família e, às vezes, membro da casa. Em certa ocasião, a parteira sugeriu o nome para a criança (Rute 4:17).

A obstetrícia é uma prática antiga, mencionada pela primeira vez na Bíblia durante o tempo de Jacó (Gênesis 35:17). A parteira era experiente em lidar com as dificuldades associadas aos nascimentos múltiplos, conforme sugerido quando Tamar deu à luz Perez e Zerá (Gênesis 38:27-30). A Bíblia menciona duas mulheres que morreram durante o parto: Raquel, quando deu à luz Benjamim (Gênesis 35:17), e a nora de Eli quando nasceu Icabode (1 Samuel 4:20-21). Em cada caso, o diligente aviso da parteira tornou possível à mãe dar nome ao filho.

Para impedir o crescimento dos israelitas, tornando o Egito, cada vez mais, uma nação numerosa e forte, o rei do Egito falou às parteiras das hebreias, que se chamavam Sifrá e Puá, que matassem os meninos no parto e deixassem vivas as meninas. Estas parteiras desobedeceram ao Faraó com a desculpa de que as hebreias eram mais saudáveis e vigorosas do que as egípcias durante o parto, justificando que seria difícil as parteiras alegarem que os bebês tinham morrido durante o parto.

É milenar a importância das parteiras durante o parto!

INTRODUÇÃO

O nascimento é o milagre da vida que se renova, repleto de beleza e perfeição, mas também é o evento mais perigoso com o qual o ser humano se defronta durante toda sua existência. (Kattwinkel)

Apesar dos investimentos em saúde pública, a mortalidade neonatal permanece elevada, contribuindo com mais de 50% da mortalidade infantil na maioria dos países em desenvolvimento ⁽¹⁾.

O parto e o período pós-parto imediato são períodos de especial vulnerabilidade tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. Estima-se que 25 a 45% das mortes neonatais ocorram durante as primeiras 24 horas após o parto. Por essa razão, as práticas de atenção ao parto e ao período pós-parto imediato são as que recebem maior atenção no registro das intervenções em saúde pública ⁽²⁾.

Estudo realizado com 71.689 recém-nascidos para avaliar a mortalidade neonatal até sete dias mostrou que o treinamento na atenção básica ao recém-nascido, incluindo reanimação neonatal, bem como estímulo ao aleitamento materno e orientações de higiene, foi eficaz em reduzir a mortalidade nos países em desenvolvimento de 11,5 para 6,8 por mil nascidos vivos ⁽³⁾.

No Brasil, ocorreu na última década significativa diminuição da mortalidade infantil, de 48,0 mortes por 1.000 nascidos vivos em 1990 para 19,3 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2007. Entretanto, a redução ocorreu principalmente no componente pós-neonatal e assim, a mortalidade neonatal tornou-se o componente mais importante da mortalidade infantil passando a representar 65% dos óbitos de crianças com menos de um ano de idade ^(4,5).

Há que se considerar que, apesar de consistente tendência de redução na mortalidade infantil em todas as regiões brasileiras, os valores continuam elevados, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste ⁽⁵⁾.

Durante a última década, a asfixia perinatal foi a causa de morte em 23% dos óbitos neonatais no Brasil. Na região Norte do país, na qual há dificuldades geográficas e de desenvolvimento econômico e humano para a assistência hospitalar a todos os nascidos

vivos, existe subnotificação importante do número de nascidos vivos e de óbitos infantis ⁽⁶⁾.

Estima-se que o atendimento ao parto por profissionais de saúde habilitados possa reduzir em 20-30% as taxas de mortalidade neonatal, enquanto o emprego das técnicas de reanimação preconizadas pelos diversos grupos internacionais que trabalham no tema resulte em diminuição adicional de 5 a 20% nestas taxas, levando à redução de até 45% das mortes neonatais por asfíxia ⁽⁷⁾.

A melhoria da assistência ao parto domiciliar realizado por parteiras tradicionais vem sendo amplamente discutida no Brasil, desde a década de 1970. Em várias regiões do País foram desenvolvidas atividades com parteiras tradicionais, visando a melhoria de sua atuação, seja por parte do setor público ou de organizações não governamentais. O número real de parteiras é desconhecido, mas segundo a Rede de Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), organização não-governamental fundada em 1996, esse número chega a 60 mil parteiras, distribuídas principalmente nas regiões Norte e Nordeste. Essas regiões são historicamente conhecidas por abrigarem os municípios com maiores problemas de exclusão social e nelas estão localizadas as áreas com menor cobertura de serviços de saúde ⁽⁸⁾.

O Ministério da Saúde define como parteira tradicional aquela que presta assistência ao parto domiciliar, tendo como base saberes e práticas tradicionais, e é reconhecida pela comunidade como parteira. As parteiras indígenas e quilombolas estão incluídas entre as parteiras tradicionais, respeitando-se as suas diversidades étnicas e culturais ⁽⁹⁾.

Nos locais em que o nascimento é domiciliar e o atendimento ao recém-nascido é feito por parteiras, estudos indicam que o treinamento das mesmas em princípios básicos de reanimação, em técnicas de manutenção da temperatura corporal, em práticas de higiene e de aleitamento materno, além do reconhecimento dos bebês que precisam de cuidados hospitalares, pode ter importante impacto na redução da mortalidade neonatal precoce ⁽⁹⁾.

Conhecimento Das Parteiras

A parteira tradicional adquire suas aptidões realizando partos por conta própria ou após aprender o ofício com outras parteiras, em geral suas mães, avós, sogras e comadres. Geralmente, inicia-se na arte de partejar ainda jovem, incluindo o período da adolescência.

A formação ocorre, na prática, movida pelo desejo de servir, pelo sentimento de solidariedade e pela necessidade imposta num contexto de isolamento, de exclusão e falta de acesso a serviços públicos ⁽¹⁰⁾.

O saber tradicional que as parteiras detêm, relacionado com o processo de cuidar e curar, é transmitido de geração em geração. Por milênios, o trabalho das parteiras foi a única forma de assistência obstétrica no mundo. Seu conhecimento, portanto, é ancestral, empírico e intuitivo. Alguns estudos mostram a parteira como uma mulher madura, de meia idade ou idade avançada, casada ou viúva e que já teve filhos. A maioria é analfabeta ou tem baixa escolaridade. Pela importância de seu trabalho, tem um lugar reconhecido e respeitado na comunidade sendo identificadas como liderança e referência para atenção à saúde da mulher e da criança ^(10,11).

No Brasil as parteiras tradicionais são encontradas nas áreas rurais, ribeirinhas, locais de difícil acesso, populações tradicionais (indígenas e quilombolas) e populações excluídas socialmente. Ainda nos contextos semiurbanos e urbanos marcados pelas desigualdades e exclusão social, existem partos domiciliares e, portanto, parteiras fazem parte da realidade global ⁽¹²⁾.

As práticas adotadas pelas parteiras são, na maioria das vezes, não invasivas, simplificadas, educativas, marcadas pelo apoio emocional e encorajamento da mulher (incluindo seus familiares) e culturalmente apropriadas, uma vez que essa assistência respeita o próprio ritmo da natureza do parto e do nascimento, as crenças, os costumes e os valores da mulher. Geralmente, as parteiras que aprenderam seu ofício com outras parteiras da comunidade e mesmo as que aprenderam sozinhas, desenvolvem práticas menos intervencionistas e não realizam procedimentos como episiotomia, toques vaginais repetidos, tricotomia e ruptura artificial de membranas ⁽¹²⁾.

Avaliar o conhecimento das parteiras é tratar o saber e a prática como direito cultural, garantido pela Constituição Federal de 1988, para realizar o que se denomina democracia cultural, ou seja, reconhecer que formas alternativas de vida e cultura devem ser consideradas em sua dignidade, inclusive por contribuírem para o desenvolvimento, para o convívio e interação dos diferentes, ou seja, para a interculturalidade ⁽¹³⁾.

Trabalho da Parteira Tradicional

Em geral o trabalho da parteira caracteriza-se pela informalidade e falta de valorização econômica, sendo exercido predominantemente por mulheres. A presença do homem durante o parto durante muitos anos foi considerada constrangedora, mas atualmente já é possível encontrar, embora seja raro, parteiros homens.

O trabalho da parteira tradicional requer que ela permaneça horas ou dias (até 3-7 dias) na casa da parturiente, realizando muitas vezes tarefas domésticas, tais como cozinhar, lavar, cuidar das outras crianças e da família ⁽¹⁴⁾.

As parteiras recebem pouca ou nenhuma remuneração pelo trabalho que realizam. Às vezes, recebem alimentos ou brindes, evidenciando-se o puro exercício da solidariedade humana, despojada de interesses ou de recompensas materiais. O resultado disso inclui muitos “afilhados de umbigo” e confiança na sua arte de partejar ^(14,15).

No contexto da assistência neonatal é extremamente importante saber qual o conhecimento das parteiras sobre reanimação neonatal e quais estratégias seriam bem sucedidas para a melhoria do atendimento aos recém-nascidos asfixiados, como por exemplo, o proposto pelo Programa de Reanimação Neonatal (PRN) da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) ⁽¹⁶⁾.

Parto Domiciliar e Cobertura da Atenção Básica No Brasil

Apesar da expansão da estratégia de Saúde da Família (SF) e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), observada nos últimos anos na região Nordeste, onde se obteve os maiores índices de cobertura do Brasil (70,7% de cobertura de SF e 83,9% de cobertura de ACS), ainda há muito que avançar em termos de qualidade e resolutibilidade da atenção ofertada à saúde ⁽¹⁷⁾.

Na região Norte, os dados de dezembro de 2009 mostraram que a cobertura de equipes de SF ainda estava muito longe do desejado, com apenas 50,5% do território assistido por essas equipes de saúde. Há que se considerar ainda outros problemas peculiares desta região, como a baixa densidade populacional (4 habitantes/Km²), contribuindo para a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, aumentando a distância para alcançar a universalização do SUS. A maior consequência dessa desarticulação do sistema de saúde é o elevado índice de subnotificação do parto domiciliar ⁽¹⁸⁾.

O Quadro 1 apresenta os dados do SVS-DASIS - SINASC sobre os partos domiciliares realizados que foram notificados ao SUS, nos anos 2001-2011.

Quadro 1 – Número de partos domiciliares notificados ao SUS de 2001-2011, nas regiões do Brasil.

Região	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Norte	17.166	15.520	18.016	17.521	17.642	18.246	18.526	17.508	15.797	14.289	13.850
Nordeste	24.487	22.932	21.601	18.262	16.988	14.582	12.963	11.111	10.271	8.254	7.661
Sudeste	3.943	3.380	3.352	2.584	2.688	2.442	2.553	2.330	2.447	2.386	2.520
Sul	2.088	1.734	1.423	1.205	1.067	944	830	794	717	728	700
Centro-Oeste	867	812	618	1.135	1.025	786	916	1.001	854	990	1.266

Fonte/SVS/DASIS- sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Nesse quadro, observa-se diminuição do número de partos domiciliares notificados ao SUS nos últimos anos. Acredita-se, no entanto, que isso se deve ao aumento progressivo de subnotificação de tais partos, e não seja uma real diminuição da ocorrência destes.

A ocupação parteira leiga consta no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde. Em agosto de 2010 encontravam-se cadastradas no CNES apenas 846 parteiras, sendo evidente o subcadastramento nesse banco de dados, visto que muitos Estados e Municípios onde foram realizadas ações de capacitação por meio do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, não apresentaram cadastros de parteiras. Por exemplo, no Amapá, em 2000, a Agência de Promoção da Cidadania identificou aproximadamente 1.531 parteiras tradicionais atuantes e só haviam 60 cadastradas⁽¹⁹⁾.

O treinamento de parteiras tradicionais em reanimação básica e primeiros cuidados ao recém-nascido é uma das ações que pode contribuir para que o país consiga atingir a meta do milênio, proposta pela Organização Mundial de Saúde, que consiste na redução em 2/3 da mortalidade de menores de 5 anos até o ano de 2015.

O treinamento em reanimação constitui-se em estratégia relativamente simples e não onerosa para diminuir a mortalidade neonatal precoce. O ensino teórico prático da reanimação neonatal para os profissionais que atuam nas salas de parto brasileiras começou em 1991 e concretizou-se como um programa de abrangência nacional, sob a coordenação da Sociedade Brasileira de Pediatria em 1994. O Brasil foi o terceiro país a contar com um

programa nacional específico para reanimação neonatal e hoje possui o segundo maior programa do mundo ⁽²⁰⁾.

Em 2009 o Programa de Reanimação Neonatal expandiu sua abrangência com um curso específico para parteiras, visando melhorar o conhecimento e a prática das mesmas em relação à: asfixia neonatal, causas de alguns bebês precisarem de ajuda para respirar, identificação dos recém-nascidos que precisam de ajuda para respirar, preparo para a reanimação neonatal, ações de higiene das mãos e material necessário para o atendimento neonatal. Além disso, o curso visa orientar os passos iniciais da reanimação neonatal, a ventilação com balão e máscara e a identificação dos recém-nascidos que devem ser encaminhados ao hospital, bem como o preparo para o transporte. Foi formatado um curso com material didático compreendendo figuras com os termos mais usados pelas parteiras, bem como um treinamento teórico prático com manual específico ⁽²⁵⁾.

Após três anos de investimentos na melhoria da formação das parteiras no Norte e Nordeste do país por meio do curso de reanimação neonatal para parteiras há que se perguntar:

- Quem são as parteiras tradicionais das regiões Norte e Nordeste?
- O que sabem sobre os cuidados imediatos ao recém-nascido?
- O que sabem sobre reanimação neonatal?
- Qual o grau de melhora nos conhecimentos após o curso de reanimação neonatal para parteiras?
- Os conhecimentos adquiridos são duradouros?

As respostas a essas questões são mostradas na forma de 2 artigos apresentados a seguir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- United Nations Children's Fund. The State of the World's Children. Special Edition. UNICEF; 2009.
 - 2- Chaparro CM, Lutter C. Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Organização Pan-Americana da Saúde: Washington D.C., dezembro de 2007; 57p.
 - 3- Lawn JE, Wilczynska-Ketende K, Cousens SN. Estimating the causes of 4 million neonatal deaths in the year 2000. *Int J Epidemiol* 2006; 35: 706-18.
 - 4- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília, 2005e. 60p.
 - 5- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria –Executiva. Departamento de Informática do SUS. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. IDB 2007 Brasil – Indicadores e Dados Básicos para Saúde. Brasília, 2007b. 49p.
 - 6- Schramm J, Maszwarwald CL. Sistema hospitalar como fonte de informações para estimar a mortalidade neonatal e a natimortalidade. *Rev Saúde Pública* 2000; 34: 272-9.
 - 7- Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, Bernis L. Neonatal Survival Steering Team. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet* 2005; 365: 977-88.
 - 8- IESB [homepage on the Internet]. Partejas no Brasil [Cited 2008 Jun 2]. Available from: www.iesb.br/ModuloOnline/NaPratica/?fuseaction=fbx.Materia&CodMateria=1904.
-

-
- 9- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria da Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília. Plano de Ação 2004-2007; 87p.
 - 10- Chamilco RAS. Práticas obstétricas adotadas pelas parteiras tradicionais na assistência ao parto e nascimento domiciliar em um município da Amazonia Legal – Santana –AP. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, 2001; 184p.
 - 11- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Assistência à Saúde. Assistência ao Parto Domiciliar por Parteiras Tradicionais: módulos das ações básicas de assistência integral à saúde da mulher e da criança. Brasília, 1994b; 73 p.
 - 12- Carvalho S. Cais do Parto e Rede Nacional de Parteiras Tradicionais. In: Ratner D, Ferraz ST (Org.). A Medicina Tradicional e os Sistemas Municipais de Saúde: humanização do parto sob enfoque do patrimonio cultural. Brasília: Conasems, 2009; 92p.
 - 13- Brasil. Presidencia da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil/leis Acesso em 20 de janeiro de 2010.
 - 14- Bessa LF. Condições de trabalho de parteiras tradicionais: algumas características no contexto domiciliar rural. 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1997; 186p.
 - 15- Dias MD. Mãos que acolhem vidas: as parteiras no cuidado durante o nascimento em uma comunidade nordestina. 2002. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade São Paulo, São Paulo; 204p.
 - 16- Pinheiro RS, Almeida MF, Guinsburg R. Manual de Reanimação para Parteiras 2009; Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria.
-

- 17- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. Saúde Amazônia: relato de processos, pressupostos, diretrizes e perspectivas de trabalho para 2004. Brasília, 2004c; 32p.

 - 18- Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Assistência a Saúde. Diretrizes básicas de assistência ao parto domiciliar por parteiras tradicionais. Brasília. Ministério da Saúde. 2012. 39p.

 - 19- Ministério a Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Estabelecimentos Cadastrados. In: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília, 2010. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_es_Estado.asp. Acesso em: 15 de agosto de 2010.

 - 20- Sociedade Brasileira de Pediatria [homepage na internet]. Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria; [acesso em 2012 10 nov]. Disponível em <http://www.sbp.com.br>
-

Artigo 1

PERCEPÇÕES E PRÁTICAS EM REANIMAÇÃO NEONATAL DAS PARTEIRAS TRADICIONAIS NAS REGIÕES NORTE E NORDESTE DO BRASIL

Pinheiro RS, Rugolo LMSS, Nunes MV, Almeida SMR, Santos EMA, Figueiredo NMP, Rocha BCR, Neves MNS, Aymoré EAS, Albuquerque LAC, Tenório MPA, Santos NC, Barros RR, Trindade RL, Dagher SM, Brandão DCB, Ferreira MLD, Menezes PJM, Sarmento FIG, Bandeira SLS.

Artigo encaminhado ao Jornal de Pediatria



PERCEPÇÕES E PRÁTICAS EM REANIMAÇÃO NEONATAL DAS PARTEIRAS TRADICIONAIS NAS REGIÕES NORTE E NORDESTE DO BRASIL

Resumo

Introdução: No Brasil, a maioria dos partos é hospitalar, mas nas zonas rurais, ribeirinhas e de difícil acesso ocorrem partos domiciliares e são as parteiras tradicionais que prestam assistência à mulher e ao recém-nascido. **Objetivo:** Descrever quem são as parteiras tradicionais das regiões norte e nordeste do Brasil, quais suas percepções sobre asfixia e reanimação neonatal e quais são suas práticas no parto domiciliar. **Método:** Estudo observacional de corte transversal, com entrevista das parteiras antes do treinamento em reanimação neonatal, durante o ano de 2012. Foram incluídas 155 parteiras não indígenas, do Amazonas, Amapá, Sergipe, Paraíba e Pernambuco. Variáveis independentes: idade, escolaridade e experiência prévia. Desfecho: respostas às questões da entrevista. Para os dados categorizados foram calculadas as frequências absolutas e relativas. **Resultados:** As parteiras são mulheres maduras, com baixa escolaridade e pouca experiência. Identificam o risco de asfixia no neonato que não chora ou chora pouco. Não ligam o cordão umbilical até a saída da placenta, enxugam o recém-nascido com panos secos e aquecidos, aspiram boca e narina do bebê com a própria boca e para estimular a respiração sacodem e sopram sua boca e nariz. Se o neonato não chora ou não melhora pedem ajuda e encaminham para o hospital. A maioria das parteiras acompanha o bebê no transporte. **Conclusão:** As parteiras sabem pouco sobre reanimação neonatal, atuam de forma precária, mas realizam os passos iniciais da reanimação. Capacitações periódicas para parteiras podem melhorar o atendimento ao nascimento no domicílio.

Palavras-chave: Parto domiciliar; Parteira leiga; Reanimação Neonatal.

PERCEPTIONS AND PRACTICES ON NEWBORN LIFE SUPPORT BY TRADITIONAL BIRTH ATTENDANTS (MIDWIVES) IN THE NORTH AND NORTHEAST REGIONS OF BRAZIL

Abstract

Introduction: In Brazil, most births occur in hospitals, but in rural, riparian and remote areas, home births happen frequently, and traditional birth attendants (TBAs or midwives) assist the women and their newborns. **Purpose:** Describe the traditional TBAs in North and Northeast regions of Brazil, including their perceptions on neonatal asphyxia and resuscitation and their practices regarding home birth. **Method:** An observational cross-sectional study which interviewed TBAs before a neonatal resuscitation training conducted during the year 2012. We included 155 non-indigenous midwives from Amazonas, Amapá, Sergipe, Pernambuco and Paraíba. Independent variables: age, education and prior experience. Endpoint: answers given during the interview. For categorical data we calculated absolute and relative frequencies. **Outcomes:** These midwives are middle-aged women with low education and little experience. The risk of birth asphyxia is detected when the newborn does not cry or shows a weak cry after delivery. These TBAs do not cut the umbilical cord until the delivery of the placenta. Common practices are wiping the baby with dry and warm cloths, aspirating the newborn mouth and nostril with their own mouth and stimulating breathing shaking the baby and blowing air into the newborn's nose and mouth. When the infant does not cry or does not show any improvement, these women ask for help to send the baby to a hospital. Most midwives accompany the newborn baby to the hospital. **Conclusion:** Brazilian midwives know little about neonatal resuscitation, their work happen in a precarious way, but they do perform the initial steps of resuscitation. Regular training for midwives might improve their service during home births.

Keywords: Home birth; midwives, practical; Neonatal Resuscitation.

PERCEPÇÕES E PRÁTICAS EM REANIMAÇÃO NEONATAL DAS PARTEIRAS TRADICIONAIS NAS REGIÕES NORTE E NORDESTE DO BRASIL.

INTRODUÇÃO

O nascer no século passado, era não só visto como processo natural, como também era a parteira que oferecia assistência e atenção ao parto realizado em casa, sendo suas ações e habilidades reconhecidas pela comunidade em que vivia ⁽¹⁾.

No Brasil, a maioria dos partos é realizada em ambiente hospitalar, mas nas zonas rurais, ribeirinhas e lugares de difícil acesso onde vivem populações excluídas socialmente, existem partos domiciliares e são as parteiras tradicionais que prestam assistência à mulher e ao recém-nascido ⁽²⁾. O Ministério da Saúde define como parteira tradicional aquela que presta assistência ao parto domiciliar, tendo como base saberes e práticas tradicionais, e é reconhecida pela comunidade como parteira. Em muitos lugares ela é conhecida como “parteira leiga”, “comadre”, “aparadeira”, “mãe de umbigo” e inclusive “curiosa”. As parteiras indígenas e quilombolas estão incluídas entre as parteiras tradicionais, respeitando-se as diversidades étnicas e culturais ⁽³⁾.

As práticas das parteiras são, na maioria das vezes, não invasivas, simplificadas, marcadas pelo apoio emocional e encorajamento da mulher, quanto de seus familiares, e são culturalmente apropriadas, uma vez que essa assistência respeita o ritmo natural do parto e do nascimento, as crenças, os costumes e os valores da mulher ⁽²⁾. Entretanto, muitas vezes, esse serviço não é reconhecido pelo sistema de saúde, que não oferece o apoio necessário para o desenvolvimento dessa atividade. Assim, a maioria das parteiras não recebe qualquer capacitação, não dispõe de materiais básicos para assistência ao parto domiciliar e não é remunerada pelo seu trabalho ⁽⁴⁾.

O treinamento das parteiras em princípios básicos de reanimação, em práticas de higiene e aleitamento materno, pode ter importante impacto na redução da mortalidade neonatal precoce ⁽⁵⁾. Nesse sentido, o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais do Ministério da Saúde do Brasil tem capacitado parteiras para o atendimento ao parto desde 2000, e em 2009 o Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria instituiu um curso de reanimação neonatal específico para parteiras, visando melhorar o conhecimento e a prática das mesmas em relação à percepção do risco de asfixia e aos primeiros cuidados com os recém-nascidos ao nascimento ⁽⁵⁾.

Avaliar o conhecimento das parteiras é tratar o saber e a prática como direito cultural, garantido pela Constituição Federal de 1988, reconhecendo que formas alternativas de vida e cultura devem ser valorizadas, por contribuírem para o desenvolvimento, o convívio e a interação dos diferentes, ou seja, para a interculturalidade⁽⁶⁾. Assim, esse estudo teve como objetivo descrever quem são as parteiras tradicionais das regiões Norte e Nordeste do Brasil, como elas reconhecem o recém-nascido asfíxiado, o que sabem sobre os cuidados imediatos ao neonato e como atuam no parto domiciliar.

MÉTODO

Estudo observacional e descritivo, com coleta de dados transversais a partir do cadastro e entrevista individual com parteiras tradicionais das regiões Norte e Nordeste, que realizaram o curso de capacitação para parteiras no período de janeiro a dezembro de 2012. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Sujeitos do estudo e critérios de inclusão:

As parteiras foram selecionadas por meio de busca ativa realizada pelos agentes comunitários de saúde nos municípios dos estados do Amazonas, Amapá, Sergipe, Paraíba e Pernambuco, e foram convocadas para realizar o curso de capacitação para parteiras. Foram incluídas no estudo as que preencheram os seguintes critérios: ser parteira tradicional, não indígena, comparecer no curso de capacitação, concordar em participar após o esclarecimento quanto aos objetivos do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi realizada nos dias dos treinamentos em reanimação neonatal padrão da Sociedade Brasileira de Pediatria, antes do início do curso, abrangendo uma amostra de conveniência. Por ser um estudo descritivo, não foi calculado o tamanho amostral e foram estudadas todas as parteiras que realizaram os cursos de reanimação neonatal em 2012 e preencheram os critérios de inclusão.

Instrumento de avaliação do conhecimento das parteiras

O instrumento de avaliação foi um questionário construído a partir da ficha de avaliação prática da parteira (FAPP) elaborada pelo Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria, compreendendo 8 itens avaliadores do conhecimento das parteiras em relação à assistência imediata ao nascimento, incluindo a identificação do

recém-nascido de risco, os passos iniciais da reanimação, a avaliação após os passos iniciais e o preparo para o transporte. O questionário foi estruturado com perguntas abertas, utilizando-se vocabulário simples e do uso cotidiano das parteiras.

No dia do curso de Reanimação, os instrutores, previamente treinados pela autora, aplicaram o questionário de forma individual às parteiras, em ambiente de privacidade e com duração média de 30 minutos.

Variáveis de estudo

- Dados sociodemográficos: Idade, escolaridade, número de partos assistidos até a data do treinamento.
- Respostas aos 8 itens do questionário, que focalizam:
 1. Identificação do risco de asfixia.
 2. Manutenção da temperatura corporal.
 3. Manutenção da patência das vias aéreas.
 4. Estímulo da respiração.
 5. Avaliação do recém-nascido após os passos iniciais.
 6. Identificação do recém-nascido que precisa de mais ajuda.
 7. Identificação do recém-nascido que necessita ser encaminhado ao hospital.
 8. Preparo para o transporte.

Análise Estatística

Os dados categorizados foram apresentados por meio de figuras e quadros, com o cálculo das frequências absolutas e relativas. Na análise da idade foi calculada a média e o desvio-padrão (DP), pois os dados apresentavam distribuição normal conforme o teste de *Shapiro-Wilk*. Foi utilizado o programa Epi-Info versão 7 para Windows, desenvolvido e distribuído gratuitamente pelo CDC (www.cdc.org/epiinfo).

RESULTADOS

Quem são as parteiras

Foram identificadas, por meio de busca ativa, 160 parteiras em vários municípios de 4 estados das regiões Norte e Nordeste, incluindo: Manaus no estado do Amazonas; Cutias, São Raimundo do Pacuí, Comunidade Ilha Redonda, Bailique, Cauçoene, Pracuúba, Itaubal, Santana, Porto Grande, Oiapoque, Macapá, Tartarugalzinho, Pedra Branca, Serra do Navio, Ilha de solar, Laranjal do Jari, Ferreira Gomes, Porto Grande, Maragão Velho, Vitória do Jari e Baía da traição no estado do Amapá. Pitimbu, Acaú, Assentamento, Conde e Alagoa Grande na Paraíba. Propiá, Salgado, Aquidabã e Poço Redondo no estado de Sergipe; e Jaboatão, Caruaru, Recife, Pankararu, Belo Jardim, Palmares e Jaboatão dos Guararapes em Pernambuco. Destas, 155 preencheram os critérios de inclusão e foram entrevistadas antes dos treinamentos. A procedência das parteiras está apresentada na Figura 1.

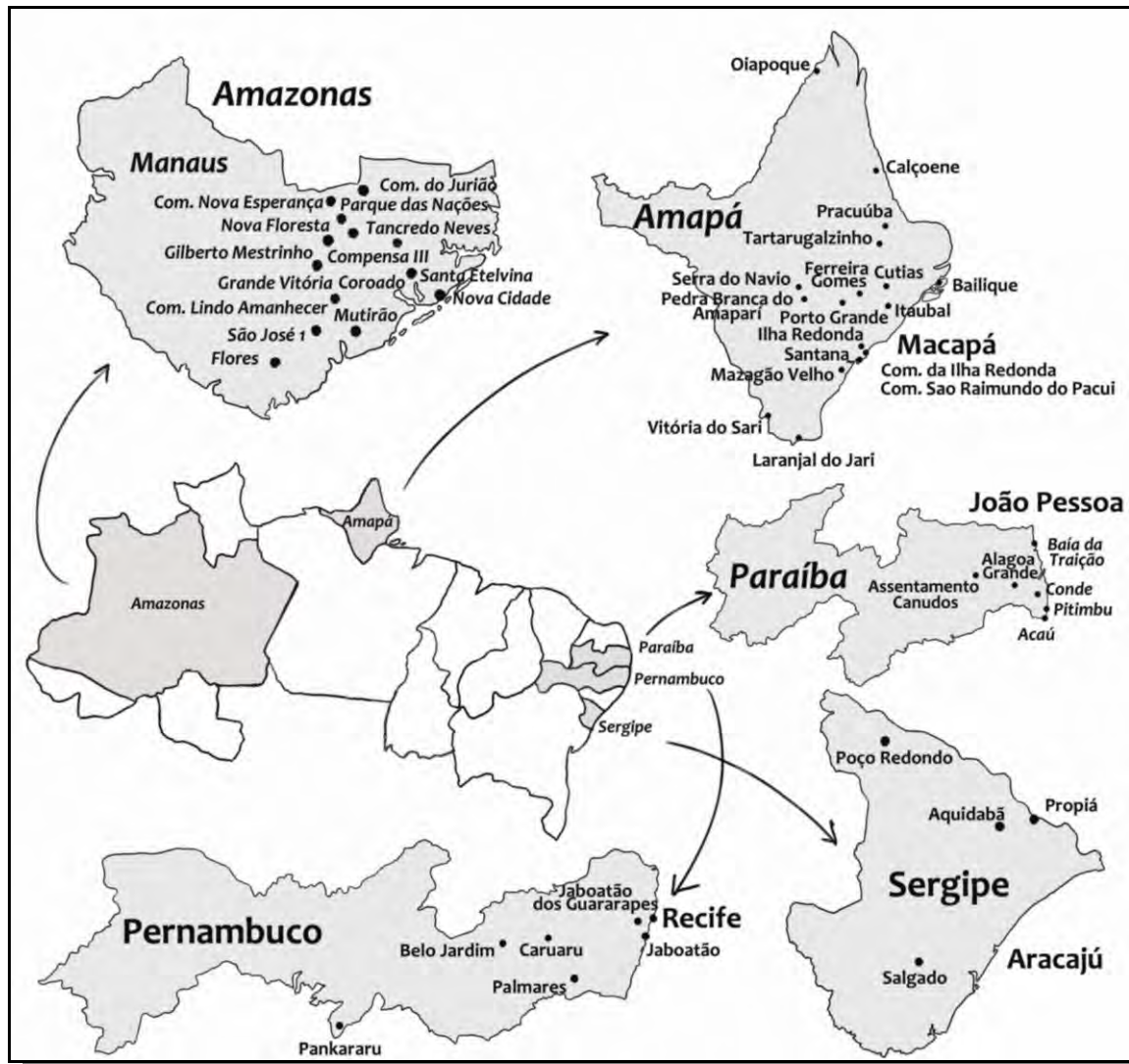


Figura 1. Procedência das parteiras entrevistadas antes do curso de Reanimação Neonatal.

Fonte: Autora

As parteiras estudadas eram mulheres maduras, com idade média de 56 ± 11 anos. Houve maior prevalência da faixa etária de 55-64 anos (31%), destacando-se que apenas 18% tinham menos de 45 anos e 7% mais que 75 anos, conforme mostra a Figura 2.

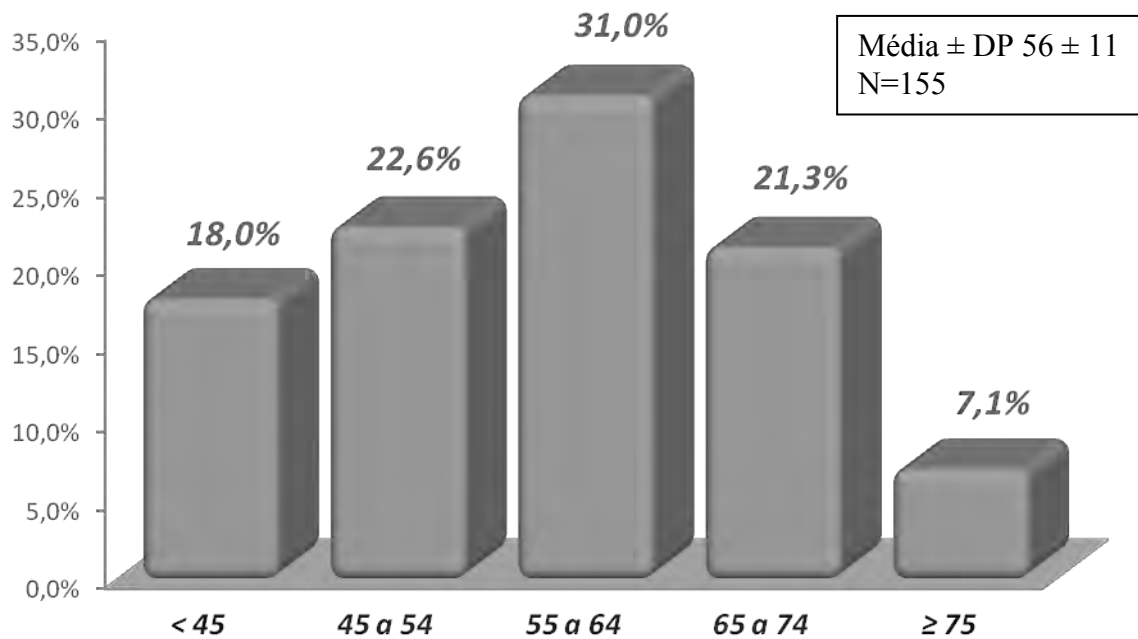


Figura 2. Distribuição segundo a idade das 155 parteiras tradicionais entrevistadas nas regiões Norte e Nordeste do Brasil.

A escolaridade das parteiras foi baixa, sendo que 23% não alfabetizadas, e quase metade delas estudou apenas até o 4º ano do ensino fundamental. Poucas atingiram o ensino médio (16%).

Quanto à experiência prévia das parteiras, verificou-se que a maioria tinha moderada experiência, tendo realizado menos de 50 partos conforme observado na Figura 3.

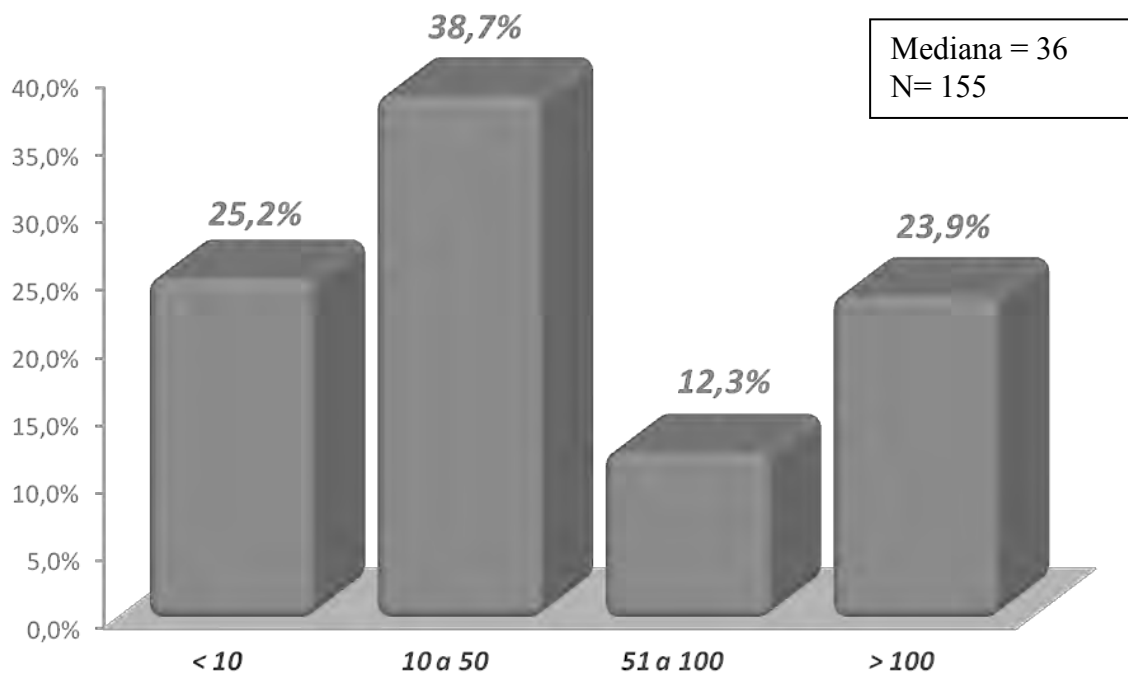


Figura 3. Distribuição segundo o número de partos realizados pelas 155 parteiras treinadas em reanimação neonatal e entrevistadas nas regiões Norte e Nordeste do Brasil.

Como atuam as parteiras com o recém-nascido no parto domiciliar

As parteiras preparam-se para prestar assistência ao parto de forma adequada ao local de atendimento. O ambiente deve estar limpo e em uma bolsa devem estar contidos os materiais básicos para a realização do parto, incluindo: toalhas, luvas, tesoura, pinard, álcool, iodo, gazes e fita métrica. A gestante escolhe o posicionamento que achar mais confortável: em pé, sentada, deitada ou de cócoras⁽⁷⁾. Imediatamente após o nascimento, a parteira realiza os primeiros cuidados ao recém-nascido posicionando-o sobre o abdome materno, tendo o cuidado em manter o cordão umbilical patente e o fluxo sanguíneo contínuo até a expulsão da placenta. É unânime entre as parteiras entrevistadas que o cordão umbilical não deve ser ligado antes da parada de pulsação e retirada da placenta.

Na identificação do recém-nascido de risco para asfixia, vários aspectos foram relatados pelas parteiras, com destaque para o choro ausente ou fraco que foi o relato mais frequente, conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 1. Como as parteiras identificam o recém-nascido de risco para asfixia

Variáveis	n	%
Chora pouco / não chora	61	39
Miudinho / não é de tempo	49	32
Molinho, sem reagir / paradinho	45	29
Gemendo	39	25
Roxinho / roxinho no corpo	34	22
Água escura	17	11
Triste	15	10
Encapado	12	8

Quanto aos cuidados ministrados ao nascimento, houve grande variabilidade na maneira de manter a temperatura corpórea, enquanto que, para garantir a patência de vias aéreas, predominou a conduta de “chupar a boca e o nariz do bebê”. Também foi muito variável a forma de estimular a respiração e avaliar o recém-nascido, sendo detectadas algumas condutas inadequadas na estimulação da respiração, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2. Cuidados ministrados ao nascimento pelas 155 parteiras entrevistadas

Variáveis	n	%
Manutenção da temperatura corpórea		
Enrola em pano quente / esquenta pano com ferro	55	36
Fecha a porta / não deixa entrar vento	41	27
Enxuga com panos secos	38	24,5
Coloca na coxa ou no colo da mãe	33	21
Mergulha na bacia com água morna	21	13,5
Enxuga com panos molhados na água quente	15	10
Manutenção da via aérea pérvia		
Chupa a boca e o nariz	99	64
Limpa a boca e o nariz com pano	31	20
Limpa a secreção da boca com o dedo	19	12
Ajeita a cabecinha	12	8
Estimulo da respiração		
Sacode o bebê	45	29
Sopra na boca e no nariz	38	24,5
Massagem no peito	33	21
Esfrega a cabecinha / as costas	32	20
Enxuga a cabeça com toalha	26	17
Puxa a garganta	20	13
Massagem nas pernas	12	8
Avaliação da vitalidade do recém-nascido		
Chora muito / começa a mexer-se e chorar	52	33
Sente o coração batendo no peitinho	28	18
Fica coradinho	26	17
Não geme mais	21	13,5
Quer mamar	14	9
Está feliz	12	8

Na identificação do recém-nascido que necessita de maiores cuidados ao nascimento e também daquele que precisa ser encaminhado ao hospital, o parâmetro mais referido pelas parteiras foi a ausência do choro. Em relação ao transporte, destaca-se que quase metade das parteiras referiram que acompanham os bebês (Quadro 3).

Quadro 3. Percepções das parteiras sobre o recém-nascido que necessita encaminhamento ao hospital e preparo para o transporte.

Variável	n	%
Recém-nascido que precisa de mais ajuda		
Não consegue chorar / não chora depois de soprar o nariz	39	25
Coração batendo lento	25	16
Não consegue puxar o ar	23	15
Fica molinho	20	13
Fica paradinho	18	12
Não consegue mamar	18	12
Recém-nascido que precisa ir para o hospital		
Não chora / muito quietinho	47	30
Não quer mamar	37	24
Miudinhos	34	22
Sem reação	26	17
Não faz cocô	12	8
Cabeça grande	10	6,5
Boca furada	9	6
Não faz xixi	8	5
Placenta não nasce	5	3
Quebra o braço	2	1
Preparo do recém-nascido para o transporte		
Vou junto / eu levo o bebê	74	48
Fico olhando o bebê todo tempo/ olhando se está roxinho	34	22
Entrego na porta do hospital	14	9
Embrulho o bebê com pano	12	8

DISCUSSÃO

Vários estudos exploram o tema parto domiciliar ^(8,9), entretanto poucos abordam especificamente a assistência neonatal ministrada por parteiras, o conhecimento destas em relação à identificação do recém-nascido de risco e as condutas mais adequadas e seguras ao nascimento ⁽¹⁰⁾. Esse é o primeiro estudo que avaliou a percepção de parteiras tradicionais do Brasil em relação à reanimação neonatal e às suas práticas na assistência ao nascimento domiciliar.

O reconhecimento da asfixia neonatal e as ações imediatas com o recém-nascido têm grande importância na diminuição da mortalidade neonatal precoce, principalmente nos países em desenvolvimento ⁽¹¹⁾, e as parteiras percebem o risco de asfixia principalmente nos neonatos que não choram, são pequenos (prematurados), estão hipotônicos, tem dificuldade para respirar ou estão cianóticos. Isso significa que das 4 perguntas ao nascimento que determinam as ações imediatas com o recém-nascido, as parteiras valorizam 3 aspectos, sendo a respiração o item mais importante, mas também valorizam a prematuridade e a hipotonia. Um achado preocupante foi a falta de valorização do líquido amniótico meconial, pois isto pode sugerir que nesta situação nenhum investimento seja feito para salvar o recém-nascido ⁽⁶⁾.

Um aspecto relevante no atendimento das parteiras é que elas não ligam o cordão umbilical precocemente e aguardam a saída da placenta ou a parada dos batimentos no cordão umbilical. Mesmo quando o bebê nasce em apnéia, na maioria das vezes elas mantêm o cordão ligado à placenta até a recuperação da respiração espontânea. Esta é uma prática empírica das parteiras, para a qual há evidências suficientes de ser uma conduta benéfica e segura para os recém-nascidos com boa vitalidade ao nascimento, independente de sua idade gestacional, sendo atualmente recomendado o clampeamento tardio do cordão umbilical, ou seja, entre 1 e 3 minutos do nascimento ^(12,13).

A manutenção da temperatura corpórea é importante fator para a adequada adaptação ao nascimento e todos os esforços devem ser realizados para minimizar a perda de calor nos primeiros minutos de vida ⁽¹⁴⁾. Esse é um aspecto preocupante no parto domiciliar, realizado em ambiente não climatizado, com temperatura variável, sob a influência de fatores como chuva, sol e umidade, o que aumenta o risco de hipotermia. Ao serem questionadas sobre os cuidados com a temperatura do recém-nascido, as parteiras mostraram preocupação e as condutas por elas relatadas podem ser consideradas bastante

adequadas, como a recepção do recém-nascido em campos aquecidos, evitar corrente de ar, secar e colocar o bebê em contato pele a pele com a mãe, propostas estas já estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde para aumentar a sobrevivência infantil ⁽¹⁵⁾.

Um achado interessante foi o fato das parteiras não valorizarem a cor na avaliação da vitalidade do recém-nascido e sim como parâmetro associado à apnéia na identificação do bebê que precisa ser encaminhado ao hospital, o que denota “uma boa prática adquirida com bom-senso na experiência do dia a dia”. Ressalta-se que a cor não é bom parâmetro de avaliação ao nascimento, por ser subjetiva e não refletir diretamente o grau de oxigenação ⁽¹⁶⁾, mas no parto domiciliar não existem equipamentos para avaliar o nível de oxigenação sanguínea.

Um dos aspectos mais importantes na sequência dos passos iniciais da reanimação neonatal é a patência das vias aéreas, pois todos os procedimentos subsequentes dependem da boa permeabilidade obtida pelo adequado posicionamento do pescoço e aspiração da secreção em boca e narinas ⁽¹⁷⁾. Como o posicionamento do pescoço implica em conhecimento da anatomia de vias aéreas, esta medida raramente foi referida pelas parteiras. Entretanto, a quase totalidade delas mostrou preocupação em retirar a secreção da boca e das narinas, preferencialmente aspirando com sua própria boca. Essa é uma proposta antiga que deve ter sido transmitida de geração a geração e, embora não seja segura nem recomendada, foi a alternativa que as parteiras dispunham e a maioria referiu utilizar.

Com a preocupação de manter o bebê respirando, as parteiras relataram várias formas de estimulação tátil, como esfregar a cabeça e o corpo com as mãos ou panos, fazer massagem no pescoço, tórax e pernas. O ato de soprar na boca e no nariz do recém-nascido mostra a preocupação em desencadear movimentos respiratórios imediatamente após o nascimento, o que pode ser entendido como respiração boca-a-boca, correspondendo à ventilação com pressão positiva. Se o recém-nascido apresenta-se em apnéia o procedimento mais efetivo é a ventilação com pressão positiva no primeiro minuto de vida (*the golden minute*) ⁽¹⁷⁾, porém as parteiras valorizam o estímulo tátil, seja durante os passos iniciais da reanimação, reconhecendo que o ato de secar pode estimular a respiração, ou depois com vários tipos de estímulos, inclusive alguns inadequados e perigosos como o ato de sacudir o bebê.

Após os primeiros cuidados, as parteiras avaliam o recém-nascido de forma muito subjetiva, sendo referidos alguns aspectos de difícil interpretação, como por exemplo: o

bebê fica feliz. Entretanto, vale destacar que, a respiração avaliada como chorar e parar de gemer, foi o item mais referido, seguido pela frequência cardíaca, o que denota que empiricamente elas conhecem os quesitos fundamentais para avaliar a vitalidade do recém-nascido ⁽¹⁸⁾.

No parto domiciliar ou extrahospitalar é importante que os profissionais estejam atentos para a necessidade de encaminhamento ao atendimento hospitalar, sendo assim identificar o recém-nascido que precisa de mais ajuda após os passos iniciais e prepará-lo para o transporte é fundamental para o sucesso da reanimação. Recente estudo prospectivo mostrou a importância da implementação de treinamentos em reanimação neonatal para a redução das taxas de mortalidade neonatal precoce e o alcance da meta 4 do milênio ⁽¹⁹⁾.

Um resultado bastante positivo em relação aos cuidados para o transporte do recém-nascido foi a preocupação das parteiras irem juntas, acompanhando a mãe e o recém-nascido, o que foi referido por metade da amostra estudada. Porém chamou a atenção que elas pouco sabem sobre os cuidados durante o transporte, incluindo a prevenção da perda de calor e estímulo da respiração que podem ser obtidos com a posição canguru, em contato pele a pele com a mãe ou o pai ⁽²⁰⁾. Um aspecto totalmente desconhecido foi a importância de levar algum material de reanimação neonatal para utilizar, se necessário, durante o transporte, o que denota a precariedade das condições de atuação das parteiras.

Esse estudo tem algumas limitações, por ser descritivo e ter avaliado o saber e o desempenho das parteiras com base apenas nas percepções das mesmas, referidas na entrevista, sem observar suas habilidades na prática diária, mas apesar disso, este foi o primeiro estudo realizado no Brasil que mostrou quem são, o que sabem sobre reanimação neonatal e como atuam as parteiras tradicionais das regiões Norte e Nordeste. O estudo traz importante contribuição em nível regional e mesmo nacional, pois mostra claramente a realidade e precariedade da assistência extra-hospitalar aos nascimentos nas regiões Norte e Nordeste do Brasil e norteia políticas de saúde quanto aos investimentos prioritários nessas regiões, visando melhorar a assistência aos nascimentos domiciliares.

CONCLUSÃO

As parteiras das regiões Norte e Nordeste do Brasil são mulheres maduras, com pouca instrução e moderada experiência. Trabalham em condições precárias, sem o material mínimo para a reanimação e executam algumas práticas inadequadas, mas conhecem os princípios básicos da reanimação neonatal. É necessária a capacitação das parteiras tradicionais, bem como a disponibilização do material básico de reanimação neonatal para as mesmas, com o intuito de adequar e melhorar o atendimento aos nascimentos domiciliares nas regiões em que há escassez de assistência médica.

Apoio financeiro: Ministério da Saúde, Brasil e Grupo Curumim.

Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nascimento KC, Erdmann AL, Nascimento-Júnior HJ, Carvalho JN. A arte de partejar: experiência de cuidado das parteiras tradicionais de Envira/AM. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009; 13: 319-27.
 2. Carvalho S. Cais do Parto e Rede Nacional de Parteiras Tradicionais. In: Ratner D, Ferraz ST (Org.). *A Medicina Tradicional e os Sistemas Municipais de Saúde: humanização do parto sob enfoque do patrimonio cultural*. Brasília: Conasems, 2009; 92p.
 3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria da Saúde. Departamento de Ações Programáticas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília. Plano de Ação 2004-2007; 87p.
 4. Ministério da Saúde (Brasil). Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais - O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e Experiências Exemplares. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília. 2011. 90p.
 5. Pinheiro RS, Almeida MF, Guinsburg R. *Manual de Reanimação para Parteiras* 2009; Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria.
 6. Brasil. Presidencia da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em www.planalto.ov.br/ccivil/leis Acesso em 20 de janeiro de 2010.
 7. Fleischner S. Parteiras, buchudas e aperreios – uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial em Melgaço, Pará: Paka Tatu; Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2011. 352p.
 8. Dietsch E, Mulimbalimba-Masururu L. Learning lessons from a traditional midwifery workforce in Western Kenya. *Midwifery* 2011; 27:324–30.
-

9. Medhanyie A, Spigt M, Dinant GJ, Blanco R. Knowledge and performance of the Ethiopian health extension workers on antenatal and delivery care: a cross-sectional study. *Hum Resour Health* 2012; 10: 44. doi: 10.1186/1478-4491-10-44.
 10. Enweronu-Laryea C, Engmann C, Osafo C, Bosed C. Evaluating the effectiveness of a strategy for teaching neonatal resuscitation in West Africa. *Resuscitation* 2009; 80: 1308–11.
 11. Ersdal H L, Mduma E, Svensen E, Perlman J. Birth Asphyxia: A Major Cause of Early Neonatal Mortality in a Tanzanian Rural Hospital. *Pediatrics* 2012; 129: e1238.
 12. McDonald SJ, Middleton P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: *The Cochrane Library*, Issue 6, 2013.
 13. Rabe H, Diaz-Rossello JL, Duley L, Dowswell T. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: *The Cochrane Library*, Issue 6, 2013.
 14. Ringer SA, Core Concepts: Thermoregulation in the Newborn Part I: Basic Mechanisms. *Neoreviews* 2013; 14:e161.
 15. Chaparro CM, Lutter C. Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. *Organização Pan-Americana da Saúde: Washington D.C., dezembro de 2007; 57p.*
 16. O'Donnell CPF, Kamlin COF, Davis PG, Carlin JB, Morley CJ. Clinical assessment of infant colour at delivery. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2007; 92: F465–7.
-

17. Perlman JM, Wyllie J, Kattwinkel J, Atkins DL, Chameides L, Goldsmith JP et al. Neonatal Resuscitation: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Pediatrics* 2010; 126: e1319.
 18. Almeida MFB, Guinsburg R, Anchieta LM. *Reanimação Neonatal – Diretrizes para profissionais de saúde*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012.
 19. Pan American Health Organization [homepage on the internet]. World Health Organization. 138th Session of the Executive Committee. Neonatal Health in the context of maternal, newborn and child health for the attainment of the Millennium development Goals of the United Nations Millennium declaration (cited 2008 Jun 2). Available from: www.paho.org/ENGLISH/GOV/CE/cel38-12-e.pdf.
 20. Sontheimer D, Fischer CB and Buch KE. Kangaroo Transport Instead of Incubator Transport. *Pediatrics* 2004; 113:4 920-23.
-

Artigo 2

ENSINO DA REANIMAÇÃO NEONATAL PARA PARTEIRAS TRADICIONAIS DAS REGIÕES NORTE E NORDESTE E RETENÇÃO DO CONHECIMENTO APÓS 3 MESES



ENSINO DA REANIMAÇÃO NEONATAL PARA PARTEIRAS TRADICIONAIS DAS REGIÕES NORTE E NORDESTE E RETENÇÃO DO CONHECIMENTO APÓS 3 MESES

Resumo

Introdução: Nas regiões Norte e Nordeste as taxas de mortalidade neonatal são elevadas e muitos nascimentos são assistidos por parteiras. A capacitação das parteiras pode melhorar o prognóstico neonatal. **Objetivo:** Avaliar os conhecimentos das parteiras tradicionais nas regiões Norte e Nordeste antes e após o Curso de Reanimação Neonatal e a retenção de conhecimentos três meses depois. **Método:** Estudo longitudinal de corte transversal, com entrevista das parteiras antes, após e 3 meses depois do curso, durante o ano de 2012. Foram incluídas 155 parteiras não indígenas, que participaram dos cursos. Variáveis independentes: idade, escolaridade e experiência prévia. Desfecho: respostas dos questionários. Os dados pareados foram analisados pelo teste de *McNemar* e *Qui-quadrado* de tendência. Para os dados independentes utilizou-se o *Qui-quadrado* de *Pearson*. Na análise multivariada foi ajustado um modelo de equação de estimação generalizada. **Resultados:** As parteiras tinham baixa escolaridade, pouca experiência prévia e sabiam pouco sobre reanimação neonatal. Após o curso houve aumento significativo dos conhecimentos em todos os tópicos ensinados, mas 3 meses depois vários conhecimentos não foram retidos. Mesmo assim, elas sabiam mais em todos os aspectos da reanimação neonatal, comparado ao que sabiam antes. **Conclusão:** As parteiras tradicionais do Norte e Nordeste têm pouco conhecimento sobre reanimação neonatal e o curso aumentou significativamente os conhecimentos. A retenção dos conhecimentos não foi boa após três meses, mesmo assim elas sabiam mais do que antes do curso. O curso de capacitação das parteiras deve ser periodicamente revisado, melhorado e ministrado como um programa de educação continuada.

Palavras-chave: Parto Domiciliar; Parteira leiga; Ressuscitação cardiopulmonar; Capacitação.

NEONATAL RESUSCITATION TRAINING FOR TRADITIONAL BIRTH ATTENDANTS (MIDWIVES) AND LEARNING RETENTION ASSESSMENT AFTER 3 MONTHS IN NORTH AND NORTHEAST REGIONS OF BRAZIL

Abstract

Introduction: In the North and Northeast regions of Brazil, the neonatal mortality rates are high, and many births are performed by traditional midwives. Training these midwives can improve neonatal outcome. **Objective:** To assess the knowledge of midwives before and after the Neonatal Resuscitation Training and their learning retention three months after, in the North and Northeast of Brazil. **Method:** A cross-sectional longitudinal study, with interviews with the midwives before, after and three months after the specific training, during the year 2012. The study included 155 non-indigenous midwives, who attended the training. Independent variables: age, education and prior experience. Endpoint: the questionnaire answers. The *McNemar* test and *Chi-square test for trend* were used for paired data, and the *Pearson's Chi-Square Test* for independent variables. A generalized estimation equation model was used in the multivariate analysis. **Outcomes:** The midwives had low formal education, little prior experience and before the course they knew very little about neonatal resuscitation. The training increased significantly their knowledge regarding all of the topics, but three months later several topics were forgotten. However, compared to what they knew before, the knowledge was greater on all aspects. **Conclusion:** Midwives in the North and Northeast have little knowledge about neonatal resuscitation, and the training increased significantly their overall knowledge. The learning retention was not good after three months, but in spite of this, the participants had a greater knowledge than before the course. The midwives training should be regularly revised, improved and taught as a continuing education program.

Keywords: Home childbirth; Midwives, practical; Cardiopulmonary resuscitation; Training.

ENSINO DA REANIMAÇÃO NEONATAL PARA PARTEIRAS TRADICIONAIS DAS REGIÕES NORTE E NORDESTE E RETENÇÃO DO CONHECIMENTO APÓS 3 MESES

INTRODUÇÃO:

Apesar da redução na mortalidade infantil em todas as regiões do Brasil, os valores continuam elevados, sobretudo no Norte e Nordeste⁽¹⁾ onde se encontram os municípios com maiores problemas de exclusão social e com menor cobertura de serviços de saúde⁽²⁾ tendo como consequência elevado índice de subnotificação do parto domiciliar⁽³⁾. Nessas regiões concentram-se as parteiras tradicionais, definidas como aquelas que prestam assistência ao parto domiciliar, tendo como base saberes e práticas tradicionais.

O treinamento das parteiras em princípios básicos de reanimação, práticas de higiene e aleitamento materno, pode ter importante impacto na redução da mortalidade neonatal precoce⁽⁴⁾. Nesse sentido, o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais do Ministério da Saúde do Brasil, tem capacitado parteiras para o atendimento do parto desde 2000, e a partir de 2010 o curso de reanimação neonatal foi incluído neste programa.

O curso específico de reanimação neonatal para parteiras foi instituído em 2009, como parte do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria, visando melhorar o conhecimento e a prática das mesmas. Foi formatado um curso com material didático compreendendo figuras com os termos mais usados pelas parteiras, bem como um treinamento teórico-prático com manual específico⁽⁵⁾. No curso são ensinados os passos iniciais da reanimação, as técnicas de ventilação com balão e máscara e o preparo do transporte do recém-nascido que necessita de cuidados hospitalares⁽⁵⁾.

Estudo realizado na África avaliou o conhecimento de profissionais não médicos, incluindo parteiras, antes e após o treinamento em reanimação neonatal e mostrou a necessidade de incorporação das capacitações em um programa de educação continuada, a fim de melhorar a assistência ao recém-nascido na hora do parto⁽⁶⁾.

No Brasil, após três anos de investimentos na melhoria da formação das parteiras no Norte e Nordeste, por meio do Curso de Capacitação das Parteiras do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria há que se perguntar: Qual o grau de melhora nos conhecimentos das parteiras após o treinamento em reanimação neonatal? Os conhecimentos adquiridos são duradouros? Esse questionamento motivou a

realização desse estudo com o objetivo de avaliar a melhora dos conhecimentos de parteiras tradicionais nas regiões Norte e Nordeste após o Curso de Reanimação Neonatal e a retenção de conhecimentos básicos sobre assistência ao nascimento e reanimação neonatal, três meses depois do curso.

MÉTODO

Estudo longitudinal de corte transversal, com três momentos de avaliação: antes, ao término e três meses depois do treinamento teórico-prático em reanimação neonatal para parteiras tradicionais das regiões norte e nordeste, realizado de janeiro a dezembro de 2012 com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Sujeitos do estudo e critérios de inclusão:

As parteiras foram selecionadas por meio de busca ativa realizada pelos agentes comunitários de saúde nos municípios dos estados do Amazonas, Amapá, Sergipe, Paraíba e Pernambuco. Foram incluídas no estudo as que preencheram os seguintes critérios: ser parteira tradicional, não ser indígena, concordar em participar após esclarecimento quanto aos objetivos do estudo e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Nos cursos foram ministrados ensinamentos teóricos e práticos básicos focalizando a identificação do recém-nascido de risco para asfixia, os passos iniciais da reanimação, e os princípios básicos do transporte de recém-nascidos que precisam de cuidados hospitalares. No treinamento foi utilizado um *kit* prático e uma sequência de cartazes para cada instrutor, um manual para cada parteira e fichas de avaliação preenchidas pelos instrutores antes e ao término do curso. O *kit* prático era composto por: manequim de reanimação neonatal, estetoscópio pediátrico, bulbo de borracha, balão auto-inflável com válvula limitante de pressão e máscara para recém-nascido a termo, tesoura, barbante de algodão e fraldas de pano, simulando toalhas limpas para secar e envolver o recém-nascido.

O instrumento de avaliação foi construído a partir da ficha de avaliação prática da parteira (FAPP) elaborada pelo Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria, com 10 itens que avaliam o desempenho das parteiras na assistência imediata ao nascimento, incluindo a identificação do recém-nascido de risco; os passos iniciais da reanimação, a avaliação após os passos iniciais e o preparo para o transporte. Como o

objetivo da pesquisa foi avaliar conhecimentos, 2 itens da FAPP foram retirados, pois referiam-se a desempenho prático (ausculta e ventilação). O questionário foi estruturado com 8 itens para abranger os aspectos cognitivos. Esses itens foram colocados às parteiras na forma de perguntas abertas, utilizando-se vocabulário simples e do uso cotidiano das mesmas.

Em cada item, foram valorizadas todas as possíveis repostas adequadas conforme os ensinamentos do curso, perfazendo um total de 30 variáveis que foram estratificadas de modo a captar as respostas das parteiras com terminologia científica. Para a aplicação do questionário os instrutores foram previamente treinados pela autora.

O questionário foi aplicado de forma individual às parteiras, no dia do Curso de Reanimação, em dois momentos: antes e após. A entrevista foi realizada em ambiente de privacidade, com duração média de 30 minutos, sob supervisão da autora. Depois de três meses do Curso, foi reavaliado o conhecimento das parterias com o mesmo questionário, aplicado exclusivamente pela autora, por contato telefônico.

Variáveis independentes: Dados sociodemográficos: Idade, escolaridade, número de partos assistidos previamente.

Desfechos de interesse: conhecimentos adquiridos no curso de reanimação neonatal e retidos no prazo de três meses sobre: identificação do recém-nascido de risco para asfixia, passos iniciais da reanimação, identificação do recém-nascido que necessita cuidados hospitalares e preparo para o transporte.

Análise Estatística: Os dados categorizados foram apresentados em tabelas, com o cálculo das frequências absolutas e relativas. Na análise das variáveis dos questionários foi aplicado o teste de *McNemar*, o teste do *Qui-quadrado* de tendência (*Cochran- Armitage*) para os dados pareados e o teste do *Qui-quadrado* de *Pearson* para os dados independentes. Na análise multivariada foi ajustado um modelo de equação de estimação generalizada no tempo, com controle da idade, grau de instrução e número de partos, e considerando como variável resposta todas as possíveis repostas adequadas em cada questão, com o cálculo das respectivas *odds ratio* (OR) e Intervalo de Confiança (IC) 95%.

Foi utilizado o programa Epi-Info versão 7 para Windows e o programa SAS for windows, v.9.2. O nível de significância em todas as análises foi de 5%.

RESULTADOS

Dentre 160 parteiras elegíveis, 155 preencheram os critérios de inclusão sendo obtidos 155 questionários antes e após os treinamentos. Na reavaliação após três meses foram entrevistadas 113 parteiras.

A média de idade foi de 56 ± 11 anos, com maior prevalência da faixa etária de 55 a 64 anos (31%), destacando-se que apenas 18% tinham menos de 45 anos e 7% mais que 75 anos.

A escolaridade das parteiras foi baixa, sendo que 23% não eram alfabetizadas, e quase metade delas estudou apenas até o 4º ano do ensino fundamental.

Quanto à experiência prévia, verificou-se que a maioria das parteiras (64%) tinha moderada experiência, tendo realizado menos de 50 partos.

Os conhecimentos das parteiras sobre reanimação neonatal, nos diversos aspectos abordados na entrevista antes e imediatamente após o treinamento, são apresentados na Tabela 1 onde se observa que houve aumento significativo nos conhecimentos em todos os itens avaliados, destacando-se que em alguns aspectos o conhecimento prévio era mínimo.

Os resultados da entrevista realizada três meses após o treinamento foram comparados aos dados obtidos antes do curso e estão apresentados na Tabela 2, onde se verifica que em alguns aspectos da assistência ao nascimento o conhecimento adquirido no curso foi fugaz e depois de três meses não houve diferença em comparação ao que as parteiras sabiam previamente.

Tabela 1. Distribuição segundo a frequência de respostas das parteiras, antes e após o treinamento em reanimação neonatal nas regiões Norte e Nordeste do Brasil

Variáveis	Pré (n=155)		Pós (n=155)		p*
	f _i	%	f _i	%	
Identifica o recém-nascido de risco					
Prematuro	41	26	91	59	<0,001
Apnéia	93	60	143	92	<0,001
Respiração irregular	84	54	126	81	<0,001
Hipotônico	64	41	113	73	<0,001
Líquido meconial	17	11	76	49	<0,001
Mantém da temperatura corpórea					
Desliga ventiladores	15	10	67	43	<0,001
Fecha janelas	26	17	92	59	<0,001
Aquece as toalhas	95	61	139	90	<0,001
Troca as toalhas úmidas por secas	53	34	113	73	<0,001
Mantém via aérea pérvia					
Posiciona o pescoço em leve extensão	12	8	106	68	<0,001
Aspira boca e narinas	99	64	138	89	<0,001
Estimula a respiração					
Seca o recém-nascido	39	25	116	75	<0,001
Faz estímulo na pele	95	61	135	87	<0,001
Avaliação do recém-nascido					
Respiração (peito sobe e desce)	93	60	142	92	<0,001
Batimentos cardíacos (tum, tum, tum)	21	13	133	86	<0,001
Cor	46	30	103	66	<0,001
Recém-nascido que precisa de mais ajuda					
Não melhora com aspiração da boca e narinas	73	47	105	68	<0,001
Não melhora com estímulo tátil	45	29	100	64	<0,001
Não melhora com ventilação balão e máscara	6	4	114	73	<0,001
Recém-nascido que precisa ir para o hospital					
Respiram rápido demais	38	24	81	52	<0,001
Param de respirar e ficam roxinhos	97	63	133	86	<0,001
Muito pequeno ou muito grande	34	22	79	51	<0,001
Não consegue mamar	37	24	79	51	<0,001
Má-formação	16	10	73	47	<0,001
Precisou ventilação com balão e máscara	9	6	89	57	<0,001
Preparo do recém-nascido para o transporte					
Parteira vai acompanhando	98	63	153	99	<0,001
Pode ir na posição canguru com pai ou mãe	28	18	95	61	<0,001
Leva todo o kit da parteira	8	5	124	80	<0,001
Avalia respiração, batimentos cardíacos e cor	14	9	76	49	<0,001
Relata o nascimento ao profissional de saúde no hospital	38	24	108	70	<0,001

* Teste de McNemar; f_i = frequência absoluta simples;

Valor de “p” em negrito itálico indica diferença estatística ao nível de 5% de significância.

Tabela 2. Distribuição segundo a frequência de respostas das parteiras, antes e após 3 meses do treinamento em reanimação neonatal nas regiões Norte e Nordeste do Brasil

Variáveis	Aplicação (n=113)				p*
	Pré		3m após		
	f _i	%	f _i	%	
Identifica o recém-nascido de risco					
Prematuro	33	29	63	56	<0,001
Apnéia	63	56	96	85	<0,001
Respiração irregular	61	54	75	66	0,035
Hipotônico	49	43	55	49	0,480
Líquido meconial	14	12	17	15	0,700
Mantém da temperatura corpórea					
Desliga ventiladores	12	11	21	19	0,108
Fecha janelas	18	16	33	29	0,015
Aquece as toalhas	75	66	93	82	0,006
Troca as toalhas úmidas por secas	39	34	68	60	<0,001
Mantém via aérea pérvia					
Posiciona o pescoço em leve extensão	11	10	32	28	0,001
Aspira boca e narinas	72	64	94	83	0,001
Estimula a respiração					
Seca o recém-nascido	33	29	43	38	0,185
Faz estímulo na pele	67	59	84	74	0,017
Avaliação do recém-nascido					
Respiração (peito sobe e desce)	73	65	87	77	0,035
Batimentos cardíacos (tum, tum, tum)	15	13	69	61	<0,001
Cor	41	36	47	42	0,461
Recém-nascido que precisa de mais ajuda					
Não melhora com aspiração da boca e narinas	55	49	63	56	0,312
Não melhora com estímulo tátil	33	29	32	28	0,998
Não melhora com ventilação balão e máscara	4	3	77	68	<0,001
Recém-nascido que precisa ir para o hospital					
Respiram rápido demais	25	22	34	30	0,253
Param de respirar e ficam roxinhos	68	60	83	73	0,029
Muito pequeno ou muito grande	28	25	49	43	0,004
Não consegue mamar	25	22	20	18	0,472
Má-formação	12	11	9	8	0,607
Precisou fazer ventilação com balão e máscara	7	6	63	56	<0,001
Preparo do recém-nascido para o transporte					
Parteira vai acompanhando	67	59	94	83	<0,001
Pode ir na posição canguru com pai ou mãe	22	19	55	49	<0,001
Leva todo o kit da parteira	4	3	37	33	<0,001
Avalia respiração, batimentos cardíacos e cor	9	8	17	15	0,115
Relata o nascimento ao profissional do hospital	24	21	73	65	<0,001

* Teste de McNemar; f_i = frequência absoluta simples;

Valor de “p” em negrito itálico indica diferença estatística ao nível de 5% de significância.

A influência do grau de escolaridade das parteiras nos conhecimentos destas sobre reanimação neonatal está apresentada na Tabela 3. Ao comparar as parteiras que tinham \leq 4 anos de estudo com as de maior escolaridade verificou-se mínima influência do grau de escolaridade nos conhecimentos antes do curso, porém após o curso as parteiras com $>$ 4 anos de estudo tiveram melhor desempenho em vários itens do questionário.

A tabela 4 mostra que houve pouca influência do número de partos previamente realizados pelas parteiras nos conhecimentos destas antes do curso. Entretanto, após o treinamento, as parteiras com menor prática mostraram mais conhecimentos em vários aspectos investigados.

Tabela 3. Distribuição segundo a escolaridade e as respostas das parteiras antes e após o treinamento em reanimação neonatal nas regiões norte e Nordeste do Brasil

Variáveis	Antes			Após		
	≤ 4 anos	>4 anos	p valor	≤ 4 anos	>4 anos	p valor
	(n=106) %	(n=49) %		(n=106) %	(n=49) %	
Identifica o RN de risco						
Prematuro	26,4	26,5	0,988	52,8	71,4	0,029
Apnéia	63,2	53,1	0,231	91,5	93,9	0,439**
Respiração irregular	50,0	63,3	0,123	78,3	87,8	0,161
Hipotônico	39,6	44,9	0,535	75,5	67,3	0,290
Líquido meconial	8,5	16,3	0,147	46,2	55,1	0,304
Mantém da temperatura corpórea						
Desliga ventiladores	10,4	10,2	0,974	39,6	51,0	0,183
Fecha janelas	17,9	14,3	0,573	55,7	67,3	0,168
Aquece as toalhas	60,4	63,3	0,731	85,8	98,0	0,021
Troca as toalhas úmidas por secas	34,0	34,7	0,929	72,6	73,5	0,914
Mantém via aérea pérvia						
Posiciona o pescoço em leve extensão	7,5	8,2	0,561**	66,0	73,5	0,355
Aspira boca e narinas	63,2	65,3	0,800	86,8	93,9	0,189
Estimula a respiração						
Seca o recém-nascido	25,5	24,5	0,896	71,7	81,6	0,185
Faz estímulo na pele	60,4	63,3	0,731	89,6	81,6	0,167
Avaliação do recém-nascido						
Respiração (peito sobe e desce)	60,4	59,2	0,888	88,7	98,0	0,043**
Batimentos cardíacos (tum, tum, tum)	12,3	16,3	0,492	82,1	93,9	0,050
Cor	30,2	28,6	0,838	61,3	77,6	0,047
RN que precisa de mais ajuda						
Não melhora com aspiração da boca e narinas	46,2	49,0	0,750	62,3	79,6	0,032
Não melhora com estímulo tátil	28,3	30,6	0,768	64,2	65,3	0,889
Não melhora com ventilação balão e máscara	4,7	2,0	0,382**	68,9	83,7	0,052
RN que precisa ir para o hospital						
Respiram rápido demais	24,5	24,5	0,996	46,2	65,3	0,027
Param de respirar e ficam roxinhos	46,2	65,3	0,027	87,7	81,6	0,311
Muito pequeno ou muito grande	23,6	18,4	0,465	50,9	51,0	0,993
Não consegue mamar	22,6	26,5	0,597	52,8	46,9	0,495
Má-formação	8,5	14,3	0,270	8,5	14,3	0,270
Precisou de ventilação com balão e máscara	7,5	2,0	0,161**	53,8	65,3	0,177
Preparo do RN para o transporte						
Parteira vai acompanhando	66,0	57,1	0,285	99,1	98,0	0,534**
Pode ir na posição canguru com pai ou mãe	17,0	20,4	0,606	64,2	55,1	0,282
Leva todo o kit da parteira	7,5	2,0	0,161**	78,3	83,7	0,437
Avalia respiração, batimentos cardíacos e cor	10,4	6,1	0,297	46,2	55,1	0,304
Relata o nascimento ao profissional de saúde no hospital	24,5	24,5	0,996	68,9	71,4	0,747

* Teste do qui-quadrado de *Pearson*; ** Teste exato de *Fisher*;

Valor de “p” em negrito itálico indica diferença estatística ao nível de 5% de significância.

Tabela 4. Distribuição segundo o número de partos realizados e as respostas das parteiras antes e após o treinamento em reanimação neonatal nas regiões norte e Nordeste do Brasil

Variáveis	Antes			Após		
	≤ 50	>50	p valor	≤ 50	>50	p valor
	(n=99) %	(n=56) %		(n=99) %	(n=56) %	
Identifica o RN de risco						
Prematuro	26,3	26,8	0,943	63,6	50,0	0,098
Apnéia	60,6	58,9	0,838	92,9	91,1	0,678
Respiração irregular	52,5	57,1	0,579	77,8	87,5	0,136
Hipotônico	39,4	44,6	0,524	73,7	71,4	0,756
Líquido meconial	12,1	8,9	0,541	56,6	35,7	0,013
Mantém da temperatura corpórea						
Desliga ventiladores	10,1	10,7	0,904	51,5	28,6	0,006
Fecha janelas	18,2	14,3	0,533	62,6	53,6	0,270
Aquece as toalhas	57,6	67,9	0,207	91,9	85,7	0,223
Troca as toalhas úmidas por secas	34,3	33,9	0,958	73,7	71,4	0,756
Mantém via aérea pérvia						
Posiciona o pescoço em leve extensão	8,1	7,1	0,551**	71,7	62,5	0,236
Aspira boca e narinas	59,6	71,4	0,141	89,9	87,5	0,646
Estimula a respiração						
Seca o recém-nascido	26,3	23,2	0,674	81,8	62,5	0,008
Faz estímulo na pele	56,6	69,6	0,108	85,9	89,3	0,541
Avaliação do recém-nascido						
Respiração (peito sobe e desce)	53,5	71,4	0,029	91,9	91,1	0,855
Batimentos cardíacos (tum, tum, tum)	14,1	12,5	0,774	88,9	80,4	0,144
Cor	27,3	33,9	0,383	67,7	64,3	0,667
RN que precisa de mais ajuda						
Não melhora com aspiração da boca e narinas	41,4	57,1	0,059	69,7	64,3	0,489
Não melhora com estímulo tátil	26,3	33,9	0,312	66,7	60,7	0,457
Não melhora com ventilação balão e máscara	5,1	1,8	0,294**	74,7	71,4	0,653
RN que precisa ir para o hospital						
Respiram rápido demais	22,2	28,6	0,377	55,6	46,4	0,274
Param de respirar e ficam roxinhos	59,6	67,9	0,307	83,8	89,3	0,351
Muito pequeno ou muito grande	22,2	21,4	0,909	55,6	42,9	0,129
Não consegue mamar	28,3	16,1	0,087	55,6	42,9	0,129
Má-formação	12,1	7,1	0,328	48,5	44,6	0,645
Precisou de ventilação com balão e máscara	5,1	7,1	0,419**	68,5	31,5	0,160
Preparo do RN para o transporte						
Parteira vai acompanhando	69,7	51,8	0,026	99,0	98,2	0,594**
Pode ir na posição canguru com pai ou mãe	17,2	19,6	0,701	60,6	62,5	0,816
Leva todo o kit da parteira	4,0	7,1	0,315	66,9	33,1	0,112
Avalia respiração, batimentos cardíacos e cor	10,1	7,1	0,537	54,5	39,3	0,068
Relata o nascimento ao profissional de saúde no hospital	28,3	17,9	0,147	78,8	53,6	0,001

* Teste do qui-quadrado de *Pearson*; ** Teste exato de *Fisher*;
Valor de “p” em negrito itálico indica diferença estatística ao nível de 5% de significância.

Na análise multivariada, com delineamento para medidas repetidas no tempo, foi ajustado um modelo de equação de estimação generalizada, com controle da idade, grau de instrução e número de partos, e assim as frequências de respostas adequadas em cada item avaliado, que traduzem o conhecimento, foram comparadas entre os 3 momentos: após versus antes do curso; 3 meses depois versus após o curso; 3 meses depois versus antes do curso. Os resultados são apresentados na forma de razão de chances (*Odds Ratio*) com intervalo de confiança de 95% (OR: IC95%). Como se observa na tabela 5, houve aumento significativo nos conhecimentos em todos os quesitos avaliados na comparação antes e após. Na reavaliação feita três meses depois do curso houve redução dos conhecimentos adquiridos na maioria dos ítems avaliados, entretanto em comparação ao que sabiam antes do curso, verificou-se que 3 meses depois elas apresentavam maior conhecimento sobre reanimação neonatal em quase todos os aspectos investigados (Tabela 5).

Tabela 5. Análise multivariada dos conhecimentos das parteiras sobre reanimação neonatal antes, após e 3 meses depois do Curso de Capacitação

Variáveis	Antes x Após OR* (IC 95%)	Após x 3m OR* (IC 95%)	Antes x 3m depois OR* (IC 95%)
Identifica o recém-nascido de risco			
Prematuro	3,98 (2,75-5,76)	1,00 (0,64 – 1,55)	3,98 (2,44-6,47)
Apnéia	7,99 (4,19–15,23)	0,66 (0,37–1,19)	5,34 (2,72–10,46)
Respiração irregular	3,73 (2,36 – 5,91)	0,50 (0,33 – 0,77)	1,88 (1,19-2,99)
Hipotônico	4,13 (2,62 – 6,51)	0,34 (0,21 –0,54)	1,41 (0,85-2,34)
Líquido meconial	8,02 (4,66– 13,82)	0,19 (0,10 –0,35)	1,55 (0,74-3,22)
Mantém da temperatura corpórea			
Desliga ventiladores	7,15 (4,10 – 12,48)	0,31 (0,18 – 0,54)	2,26 (1,12 – 4,55)
Fecha janelas	7,65 (4,73 –12,38)	0,30 (0,19 – 0,47)	2,33 (1,32 – 4,09)
Aquece as toalhas	5,58 (3,17 – 9,82)	0,69 (0,34 – 1,41)	3,88 (2,05 -7,32)
Troca as toalhas úmidas por secas	5,38 (3,54 – 8,16)	0,54 (0,35 – 0,98)	3,19 (1,92 – 5,32)
Mantém via aérea pérvia			
Posiciona o pescoço em leve extensão	28,59 (14,58 –56,05)	0,18 (0,11 – 0,29)	5,21 (2,54 -10,70)
Aspira boca e narinas	4,69 (2,62 – 8,40)	0,85 (0,42 – 1,71)	4,00 (2,12-7,55)
Estimula a respiração			
Seca o recém-nascido	9,01 (5,78 – 14,06)	0,21 (0,13 – 0,33)	1,95 (1,16-3,28)
Faz estímulo na pele	4,43 (2,54 – 7,52)	0,49 (0,28 – 0,87)	2,19 (1,25-3,85)
Avaliação do recém-nascido			
Respiração (peito sobe e desce)	7,50 (3,89 –14,67)	0,37 (0,18 – 0,75)	2,78 (1,59- 4,88)
Batimentos cardíacos (tum, tum, tum)	39,77 (21,23 – 74,51)	0,28 (0,15 – 0,52)	11,48 (6,50-20,28)
Cor	4,86 (3,19 –7,41)	0,39 (0,25 – 0,60)	1,90 (1,15-3,13)
Recém-nascido que precisa de mais ajuda			
Não melhora com aspiração da boca e narinas	2,37 (1,58 – 3,57)	0,65 (0,41 – 1,02)	1,55 (0,96-2,50)
Não melhora com estímulo tátil	4,50 (2,84 –7,14)	0,22 (0,14 – 0,35)	1,02(0,65-1,62)
Não melhora com ventilação balão e máscara	70,19 (29,06–169,50)	0,88 (0,54 – 1,43)	62,06(23,33-165,03)
Recém-nascido que precisa ir para o hospital			
Respiram rápido demais	3,43 (2,22 - 5,30)	0,42 (0,27 – 0,64)	1,45 (0,81-2,61)
Param de respirar e ficam roxinhos	3,72 (2,24 - 6,18)	0,55 (0,31 – 0,97)	2,05(1,20-3,50)
Muito pequeno ou muito grande	3,71 (0,83-1,78)	0,77(0,50-1,20)	2,89 (1,72-4,86)
Não consegue mamar	3,33 (2,16-5,15)	0,22(0,13-0,37)	0,73 (0,41-1,42)
Má-formação	7,93 (4,55-13,79)	0,10 (0,04-0,19)	0,76 (0,35-1,66)
Precisou fazer ventilação com balão e máscara	22,46 (10,70 -47,13)	1,01 (0,66-1,53)	22,73 (10,74-48,10)
Preparo do recém-nascido para o transporte			
Parteira vai acompanhando	45,37 (11,22-183,44)	0,08 (0,02-0,39)	3,85 (2,04-7,24)
Pode ir na posição canguru com pai ou mãe	7,28 (4,43-11,98)	0,63 (0,43-0,93)	4,65 (2,77-7,79)
Levar todo o kit da parteira	76,89 (35,75-165,37)	0,12(0,07-0,20)	9,39 (4,10-21,50)
Avaliar respiração, batimentos cardíacos e Cor	9,92 (5,28-18,64)	0,18 (0,10-0,32)	1,84(0,89-3,78)
Relata o nascimento ao profissional de saúde no hospital	7,27 (4,66-11,34)	0,90 (0,54-1,48)	6,57 (3,70-11,66)

* OR ajustada por idade, grau de instrução e número de partos.

DISCUSSÃO

Vários estudos exploram o tema parto domiciliar ^(7,8), entretanto poucos abordam especificamente a assistência neonatal ministrada por parteiras, o conhecimento destas em relação à identificação do recém-nascido de risco e as condutas mais adequadas e seguras ao nascimento ⁽⁶⁾. Revisão sistemática avaliando o atendimento feito por parteiras tradicionais em países em desenvolvimento evidenciou que a melhoria do acesso ao profissional de saúde qualificado para o parto é uma estratégia prioritária para melhorar a saúde materna, mas o estudo não focalizou a importância da reanimação neonatal ⁽⁹⁾.

Este é o primeiro estudo que avaliou o conhecimento em reanimação neonatal de parteiras tradicionais da região Norte e Nordeste do Brasil que participaram dos cursos de capacitação realizados pelo Ministério da Saúde com o Grupo Curumim e Sociedade Brasileira de Pediatria, nos quais as parteiras receberam orientações sobre asfixia perinatal, informação e treinamento dos passos iniciais (ABC da reanimação neonatal), ventilação com pressão positiva por balão e máscara, indicação e preparo para o transporte à unidade de saúde⁽⁵⁾.

Os principais resultados desse estudo referem-se ao fato de que, apesar do pouco conhecimento prévio das parteiras sobre reanimação neonatal, elas tinham noções básicas sobre os passos iniciais da reanimação, e a maioria delas foi capaz de relatar pelo menos uma ação adequada nos passos iniciais. Outro achado importante foi a significativa melhora ao término do treinamento, e embora vários conhecimentos não tenham sido retidos após alguns meses, ao se comparar as respostas obtidas 3 meses depois do curso com o que as parteiras sabiam antes pode-se afirmar que o curso melhorou os conhecimentos em todos os aspectos avaliados, seja na identificação do recém-nascido de risco, nos passos iniciais, no reconhecimento do recém-nascido que precisa ser encaminhado ao hospital e no preparo do transporte.

O reconhecimento da asfixia neonatal e as ações imediatas com o recém-nascido têm grande importância na diminuição da mortalidade neonatal precoce, principalmente nos países em desenvolvimento⁽¹⁰⁾, e as parteiras percebem o risco de asfixia principalmente nos neonatos que não respiram, respiram de forma irregular ou estão hipotônicos. Um achado preocupante foi a falta de valorização do líquido amniótico meconial, tanto antes como após o curso, pois isto pode sugerir que nesta situação nenhum investimento seja feito para salvar o recém-nascido. Esse é um aspecto que precisa ser

mais investigado em futuros estudos.

Abordagem prática em todas as profissões é extremamente importante e especificamente para as parteiras, pode-se dizer que quanto maior a experiência menor a chance de incorporar novos conhecimentos, conforme documentado na Tabela 4 onde se verifica que as parteiras que tinham realizado mais que 50 partos tiveram pior desempenho em vários itens após o treinamento. Por outro lado, o grau de instrução teve influência positiva na aquisição de conhecimentos.

Em relação à manutenção da temperatura corpórea, importante fator para a adequada adaptação ao nascimento ⁽¹¹⁾, as parteiras, antes do curso, mostravam preocupação em evitar perda de calor, recepcionando o recém-nascido em toalhas aquecidas. O curso trouxe novos conhecimentos sobre a importância da temperatura ambiental, enfatizando que o parto domiciliar é realizado em ambiente não climatizado, com temperatura variável, sob a influência de chuva, sol, umidade e uso de ventiladores, o que aumenta o risco de hipotermia. Esses conhecimentos diminuíram 3 meses após o curso, mas em comparação ao que sabiam antes, as parteiras mostraram maior conhecimento 3 meses depois do curso.

Um dos aspectos mais importantes na sequência dos passos iniciais da reanimação neonatal é a manutenção da via aérea pérvia, pois todos os procedimentos subsequentes dependem da boa permeabilidade obtida pelo posicionamento do pescoço em leve extensão e aspiração da secreção em excesso em boca e narinas. Como o posicionamento do pescoço implica em conhecimento da anatomia de vias aéreas, esta medida não era adotada antes do treinamento, mas a maioria das parteiras preocupava-se em aspirar secreção na boca e nas narinas. A importância do posicionamento foi valorizada após o treinamento, e apesar da perda de conhecimento após três meses, elas ainda sabiam mais que antes do curso.

Se o recém-nascido nasce em apnéia o procedimento mais efetivo é a ventilação com pressão positiva no primeiro minuto de vida (*the golden minute*), porém nos primeiros 30 segundos o ato de secar o recém-nascido pode estimular o início da respiração espontânea. A associação entre secar e estimular a respiração não era percebida pela maioria das parteiras antes do treinamento, porém após a capacitação houve conscientização que o bebê precisa de estímulos à respiração o mais rápido possível.

Avaliar o recém-nascido após os passos iniciais é fundamental para a sequência da reanimação neonatal, e conforme o último consenso da *AAP e AHA* (2010) a frequência

cardíaca é o principal parâmetro de avaliação ⁽¹²⁾. Entretanto, a maioria das parteiras antes do treinamento valorizava a respiração. Um achado interessante foi a não valorização da cor na avaliação da vitalidade e sim como parâmetro associado à apnéia na identificação do recém-nascido que precisa ser encaminhado ao hospital, o que denota “uma boa prática adquirida com bom-senso na experiência do dia-a-dia”. Ressalta-se que a cor não é bom parâmetro de avaliação ao nascimento por ser subjetiva e não refletir diretamente o grau de oxigenação ⁽¹³⁾, mas no parto domiciliar não existem equipamentos para avaliar o nível de oxigenação.

No parto domiciliar ou extrahospitalar é importante que os profissionais estejam atentos para a necessidade de encaminhamento ao atendimento hospitalar. Assim, identificar o recém-nascido que precisa de mais ajuda após os passos iniciais e prepará-lo para o transporte é fundamental para o sucesso da reanimação. As parteiras mesmo antes da capacitação já mostravam preocupação com a transferência dos bebês que não nascem bem, e a necessidade da parteira acompanhar o recém-nascido durante o transporte foi referida pela maioria delas. Poucas sabiam que o transporte do recém-nascido na posição canguru em contato pele a pele com a mãe ou o pai é uma boa opção para evitar a perda de calor e estimular a respiração ⁽¹⁴⁾, e isso foi bem valorizado após o treinamento. Entretanto, o papel da parteira no transporte era passivo, ou seja: apenas observar o bebê, fato esse que pode ser atribuído às precárias condições de trabalho, falta de capacitação e de material básico para o transporte. Essas deficiências na atenção básica ao nascimento têm sido destacadas em vários estudos realizados nos países em desenvolvimento ^(15,16).

Estudos recentes mostram a importância da implementação de treinamentos em reanimação neonatal para os profissionais de saúde que atuam na comunidade, a fim de reduzir as taxas de mortalidade neonatal precoce e alcançar a meta número 4 do milênio ^(17,18).

O presente estudo mostrou vários aspectos positivos do treinamento das parteiras, entretanto o resultado mais animador foi o aumento significativo e persistente nos conhecimentos sobre a ventilação com balão e máscara, o procedimento mais efetivo na reanimação neonatal. Antes do treinamento ficou evidente que as parteiras não conheciam o balão auto-inflável e não sabiam como utilizá-lo, mas após a capacitação a maioria delas passou a valorizar a necessidade de ventilação com balão e máscara como parâmetro indicativo do recém-nascido que precisava de mais ajuda e da necessidade de encaminhamento do recém-nascido para o hospital. Mais importante ainda foi a

constatação que esses conhecimentos novos sobre ventilação se mantiveram na avaliação feita três meses depois do treinamento. As evidências atuais mostram que em recém-nascidos maiores que 34 semanas a ventilação com pressão positiva iniciada com ar ambiente é efetiva e segura, o que é especialmente importante no caso da atuação das parteiras que não dispõem de recursos adicionais ⁽¹⁹⁾.

A regressão logística multivariada com controle da idade, grau de instrução e número de partos, mostrou o efeito do treinamento no incremento de conhecimentos das parteiras, em função do tempo. Em todos os quesitos de reanimação neonatal avaliados, houve aumento significativo dos conhecimentos entre os tempos pré e após treinamento, mostrando que a capacitação foi efetiva na transmissão de conhecimentos, ou seja, as parteiras adquiriram novos conhecimentos sobre os procedimentos de reanimação neonatal. Depois de três meses verificou-se que vários conhecimentos transmitidos não foram retidos, porém, ao se comparar com o que as parteiras sabiam antes do treinamento, pode-se afirmar que mesmo esquecendo alguns aspectos, elas mostraram maior conhecimento em todos os 8 itens investigados.

Estudo realizado em Ghana mostrou a efetividade do treinamento em reanimação neonatal para médicos, enfermeiras e parteiras, sendo o curso adaptado à realidade local. O conhecimento foi avaliado por meio do percentual de acertos no pré-teste e no pós-teste, sendo evidenciado que as parteiras apresentaram o pior desempenho tanto antes como após o treinamento (38% e 71% respectivamente), mas obtiveram o maior incremento nos conhecimentos com o treinamento. Os autores concluíram que o treinamento aumentou os conhecimentos das 3 categorias de profissionais, mas questionaram se esse benefício persiste com o tempo ⁽⁶⁾.

O presente estudo tem algumas limitações, visto que foi avaliado apenas o conhecimento teórico das parteiras e não suas habilidades práticas, além disso, não foi investigado o número de partos assistidos pelas mesmas após o treinamento. A reavaliação dos conhecimentos feita 3 meses depois do curso foi por telefone, o que pode ter limitado a obtenção das informações. Quanto ao instrumento de avaliação, embora baseado no questionário padrão utilizado há vários anos no curso de reanimação específico para parteiras do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria, este ainda não foi validado como instrumento de avaliação.

Apesar das limitações, este foi o primeiro estudo realizado no Brasil sobre o conhecimento em reanimação neonatal das parteiras tradicionais. O estudo traz importante

contribuição em nível regional e mesmo nacional, pois mostra claramente a realidade e precariedade da assistência extra-hospitalar aos nascimentos nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. Também mostra o grau de conhecimento em reanimação neonatal das parteiras tradicionais e sua capacidade de aprender nos treinamentos específicos, traduzindo o impacto dos investimentos do Programa de Reanimação Neonatal na capacitação das parteiras tradicionais. Ressalta-se que, os resultados obtidos na avaliação três meses após o treinamento orientam quanto aos aspectos que precisam ser reforçados nos cursos para haver melhor retenção de conhecimentos, e quanto à necessidade de ser reavaliada a frequência de capacitações, considerando que a falta de prática nas ações orientadas pode propiciar a falta de valorização e o esquecimento dos conhecimentos novos adquiridos no curso.

CONCLUSÃO

As parteiras tradicionais das regiões Norte e Nordeste têm pouco conhecimento sobre reanimação neonatal, e o curso de capacitação aumentou significativamente os conhecimentos na identificação do risco de asfíxia, nos passos iniciais da reanimação, no reconhecimento do recém-nascido que precisa ser hospitalizado e nos cuidados para o transporte. Após três meses do curso, vários conhecimentos adquiridos foram esquecidos, mas em comparação ao que sabiam antes, as parteiras mostraram maior conhecimento em todos os aspectos avaliados.

Dada a importância do papel das parteiras no atendimento ao parto domiciliar no Brasil, esse estudo alerta para a necessidade de treinamentos repetidos das mesmas. Assim, o curso de reanimação neonatal para parteiras deve ser periodicamente revisado, melhorado e ministrado como um programa de educação continuada.

Apoio financeiro: Ministério da Saúde, Brasil e Grupo Curumim.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria – Executiva. Departamento de Informática do SUS. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. IDB 2007 Brasil – Indicadores e Dados Básicos para Saúde. Brasília, 2007b. 49p.
 2. IESB [homepage on the Internet]. Parteiras no Brasil [Cited 2008 Jun 2]. Available from: www.iesb.br/ModuloOnline/NaPratica/?fuseaction=fbx.Materia&CodMateria=1904
 3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Assistência a Saúde. Diretrizes básicas de assistência ao parto domiciliar por parteiras tradicionais. Brasília. Ministério da Saúde. 2012. 39p.
 4. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria da Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília. Plano de Ação 2004-2007; 87p.
 5. Pinheiro RS, Almeida MF, Guinsburg R. Manual de Reanimação para Parteiras 2009; Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria.
 6. Enweronu-Laryea C, Engmann C, Osafo A, Bose C. Evaluating the effectiveness of a strategy for teaching neonatal resuscitation in West Africa. *Resuscitation* 2009; 80: 1308-11.
 7. Dietsch E, Mulimbalimba-Masururu L. Learning lessons from a traditional midwifery workforce in Western Kenya. *Midwifery* 2011; 27: 324–30.
 8. Medhanyie A, Spigt M, Dinant GJ, Blanco R. Knowledge and performance of the Ethiopian health extension workers on antenatal and delivery care: a cross-sectional study. *Hum Resour Health* 2012; 10: 44. doi: 10.1186/1478-4491-10-44.
-

9. Vieira C, Portela A, Miller T, Coast E, Leone T, Marston C. (2012) Increasing the Use of Skilled Health Personnel Where Traditional Birth Attendants Were Providers of Childbirth Care: A Systematic Review. PLoS ONE 7: e47946.
 10. Ersdal H L, Mduma E, Svensen E, Perlman J. Birth Asphyxia: A Major Cause of Early Neonatal Mortality in a Tanzanian Rural Hospital. Pediatrics 2012; 129: e1238-43.
 11. Ringer SA, Core Concepts: Thermoregulation in the Newborn Part I: Basic Mechanisms. Neoreviews 2013; 14: e161-7.
 12. Perlman JM, Wyllie J, Kattwinkel J. *et al.* Neonatal Resuscitation: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Pediatrics 2010; 126: e1319- 44.
 13. O'Donnell CPF, Kamlin COF, Davis PG, Carlin JB, Morley CJ. Clinical assessment of infant colour at delivery. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2007; 92: F465–7.
 14. Sontheimer D, Fischer CB, Buch KE. Kangaroo Transport Instead of Incubator Transport. Pediatrics 2004; 113: 920-3.
 15. Eriksson L, Nga NT, Målqvist M, Persson LA, Ewald U, Wallin L. Evidence-based practice in neonatal health: knowledge among primary health care staff in northern Viet Nam. Hum Resour Health 2009; 7: 36. doi: 10.1186/1478-4491-7-36.
 16. Ariff S, Soofi SB, Sadiq K, Feroze AB, Khan S, Jafarey SN, et al. Evaluation of health workforce competence in maternal and neonatal issues in public health sector of Pakistan: an Assessment of their training needs. BMC Health Serv Res 2010; 10: 319. doi: 10.1186/1472-6963-10-319.
 17. Msemo G, Massawe A, Mmbando D, Rusibamayila N, Manji K, Kidanto H. L, et al. Newborn Mortality and Fresh Stillbirth Rates in Tanzania After Helping Babies Breathe Training. Pediatrics 2013;131: e353.
-

- 18.** Bhutta ZA, Soofi S, Cousens S, Mohammad S, Memon ZA, Ali I, et al. Improvement of perinatal and newborn care in rural Pakistan through community-based strategies: a cluster-randomised effectiveness trial. *Lancet* 2011; 377: 403-12.

 - 19.** David PG, Tan A, O'Donnell CP, Schulze A. Resuscitation of newborn infants with 100% oxygen or air: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2004; 364: 1329-33.
-

ANEXOS

1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **ENSINO DA REANIMAÇÃO NEONATAL PARA PARTEIRAS – DO APRENDIZADO À PRÁTICA.**

Nome do Pesquisador Principal: Rossiclei de Souza Pinheiro – Hospital Universitário Getúlio Vargas - Avenida Apurinã, nº 4, Praça 14 de Janeiro CEP: 69020-170 -*Manaus* / AM (92) 9142 7142 (92) 3621 6500

1. **Natureza da pesquisa:** A sra (sr.) está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa que tem como finalidade avaliar o conhecimento da Reanimação Neonatal após o treinamento teórico prático realizado por instrutores da Sociedade Brasileira de Pediatria.
 2. **Participantes da pesquisa:** As parteiras que receberem o treinamento em reanimação neonatal pela Sociedade Brasileira de Pediatria.
 3. **Envolvimento na pesquisa:** Ao participar deste estudo a sra (sr) permitirá que a pesquisadora Profa Rossiclei de Souza Pinheiro tenha a liberdade de entrar em contato posteriormente para avaliar através de entrevista qual o grau de conhecimento em Reanimação Neonatal que se manteve após 3 meses. A sra (sr) tem a liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para a sra (sr.). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da Dra Rossiclei de Souza Pinheiro (92) 9142 7142 / pesquisadora do projeto.
 4. **Sobre as entrevistas:** Durante e após o treinamento em Reanimação Neonatal, instrutores da Sociedade Brasileira de Pediatria estarão avaliando o seu conhecimento, sempre considerando os princípios baseados em evidência científica.
 5. **Riscos e desconforto:** A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. O único desconforto será o tempo em torno de 20 minutos gastos durante a entrevista.
-

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

6. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a **Prof^a Rossiclei de Souza Pinheiro (pesquisadora)** e a **Prof^a Dr^a Ligia Maria de Souza Suppo Rugolo (orientadora)** terão conhecimento dos dados.
7. **Benefícios:** esta pesquisa permitirá avaliar a adequação do desempenho das parteiras antes do curso e o impacto do curso na melhoria dos conhecimentos das mesmas, bem como identificar os aspectos do curso que precisam ser melhorados. A sra (o) terá a oportunidade de se conscientizar do conhecimento adquirido, dos aspectos que ainda precisam ser melhorados, e assim melhorar seu desempenho profissional. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre o Ensino em Reanimação Neonatal para Parteiras, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa direcionar para mais investimentos em educação a todas as pessoas que atendem o recém-nascido na hora do parto, onde a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos
8. **Pagamento:** a sra (sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome da (o) Parteira (o)

Rossiclei de Souza Pinheiro
(pesquisadora)

2. AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO EM REANIMAÇÃO NEONATAL PARA PARTEIRAS

Questionário Padrão de Avaliação das Parteiras

Nome da Parteira: _____ UF: _____

1	Identifica os recém-nascidos de risco: <i>Como a Sra vê que o bebê precisa de ajuda? Com quais bebês a Sra fica preocupada logo ao nascer? Quais bebês precisam de ajuda para respirar?</i>			
		Pré -Teste	Pós-teste	Reteste
	Prematuro	()	()	()
	Apnéia (roxo)	()	()	()
	Respiração irregular	()	()	()
	Hipotônico	()	()	()
	Líquido meconial	()	()	()
2	Mantém da temperatura corporea: <i>Precisamos manter o bebê quentinho, então o que a Sra faz para deixar ele quentinho e/ou evitar que fique frio?</i>			
		Pré -Teste	Pós-teste	Reteste
	Desliga ventiladores	()	()	()
	Fecha as janelas	()	()	()
	Aquece as toalhas	()	()	()
	Troca as toalhas úmidas por secas	()	()	()
3	Mantém via aérea pervia: <i>Quando o bebê não respira ou respira com dificuldade, como a Sra faz para ele respirar melhor? Como a Sra ajuda ele a respirar? (lembrar que a maioria aspira com a boca, mas aqui não estamos avaliando procedimentos mas conhecimento, como manter as vias aéreas pervias)</i>			
		Pré -Teste	Pós-teste	Reteste
	Posiciona o pescoço em leve extensão	()	()	()
	Aspira boa e narinas	()	()	()
4	Estimula a respiração: <i>Quando o bebê não respira ou respira com dificuldade, como a Sra faz para ele respirar melhor? Como a Sra ajuda ele a respirar? (a maioria das vezes, elas descrevem as questões 3-4 juntas, inclusive o estímulo tátil)</i>			
		Pré -Teste	Pós-teste	Reteste
	Seca o recém-nascido	()	()	()
	Faz estímulo na pele	()	()	()
5	Avaliação do RN: <i>Depois que o bebê nasce e a Sra já fez o primeiro atendimento, como a Sra sabe que ele está bem ou não? (a maioria das vezes elas só avaliam a cor – roxinho, mas também falam que não tá respirando direito)</i>			
		Pré -Teste	Pós-teste	Reteste
	Respiração (peito sobe e desce)	()	()	()
	Batimentos Cardíacos (tum, tum, tum)	()	()	()
	Cor	()	()	()

6	<p>RN que precisa de mais ajuda (chamar Samu):</p> <p>Quando a Sra se preocupa em chamar os médicos, enfermeiros, agentes de saúde, SAMU? (a maioria não saberá explicar antes do curso)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Pré -Teste</th> <th>Pós-teste</th> <th>Reteste</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Não melhora com aspiração da boca e narinas</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Não melhora com estímulo tátil</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Não melhora com ventilação com balão e máscara</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </tbody> </table>		Pré -Teste	Pós-teste	Reteste	Não melhora com aspiração da boca e narinas	()	()	()	Não melhora com estímulo tátil	()	()	()	Não melhora com ventilação com balão e máscara	()	()	()												
	Pré -Teste	Pós-teste	Reteste																										
Não melhora com aspiração da boca e narinas	()	()	()																										
Não melhora com estímulo tátil	()	()	()																										
Não melhora com ventilação com balão e máscara	()	()	()																										
7	<p>RN que precisa ir para o hospital:</p> <p>Que bebês precisam ser levados ao hospital?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Pré -Teste</th> <th>Pós-teste</th> <th>Reteste</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bebês que respiram rápido demais</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Bebês que param de respirar e ficam roxinhos</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Bebê muito pequeno ou muito grande</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Bebê que não consegue mamar</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Bebê com malformação</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Bebê que precisou fazer ventilação com balão e máscara</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </tbody> </table>		Pré -Teste	Pós-teste	Reteste	Bebês que respiram rápido demais	()	()	()	Bebês que param de respirar e ficam roxinhos	()	()	()	Bebê muito pequeno ou muito grande	()	()	()	Bebê que não consegue mamar	()	()	()	Bebê com malformação	()	()	()	Bebê que precisou fazer ventilação com balão e máscara	()	()	()
	Pré -Teste	Pós-teste	Reteste																										
Bebês que respiram rápido demais	()	()	()																										
Bebês que param de respirar e ficam roxinhos	()	()	()																										
Bebê muito pequeno ou muito grande	()	()	()																										
Bebê que não consegue mamar	()	()	()																										
Bebê com malformação	()	()	()																										
Bebê que precisou fazer ventilação com balão e máscara	()	()	()																										
8	<p>Preparo do recém-nascido para o transporte:</p> <p>Quando o bebê vai para o hospital, como a Sra faz? Tem alguma preocupação?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Pré -Teste</th> <th>Pós-teste</th> <th>Reteste</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Parteira vai acompanhando</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Pode ir na posição canguru com o pai ou mãe</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Levar todo o kit da parteira</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Avaliar respiração, batimentos cardíacos e cor</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Relata todo o nascimento ao profissional de saúde</td> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </tbody> </table>		Pré -Teste	Pós-teste	Reteste	Parteira vai acompanhando	()	()	()	Pode ir na posição canguru com o pai ou mãe	()	()	()	Levar todo o kit da parteira	()	()	()	Avaliar respiração, batimentos cardíacos e cor	()	()	()	Relata todo o nascimento ao profissional de saúde	()	()	()				
	Pré -Teste	Pós-teste	Reteste																										
Parteira vai acompanhando	()	()	()																										
Pode ir na posição canguru com o pai ou mãe	()	()	()																										
Levar todo o kit da parteira	()	()	()																										
Avaliar respiração, batimentos cardíacos e cor	()	()	()																										
Relata todo o nascimento ao profissional de saúde	()	()	()																										

- Não induzir respostas
- Somente assinalar as respostas que correspondam às alternativas relativas a normas da reanimação neonatal.

3. PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENSINO DA REANIMAÇÃO NEONATAL PARA PARTEIRAS - DO APRENDIZADO À PRÁTICA

Pesquisador: Rossiclei de Souza Pinheiro

Área Temática: Área 9. A critério do CEP.

Versão: 2

CAAE: 06872412.3.0000.5020

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DO AMAZONAS (Hospital Universitário Getúlio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 139.204

Data da Relatoria: 05/11/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo multicêntrico, nacional, que tem como objetivo avaliar o processo de ensino-aprendizagem em suporte básico de vida para parteiras da região norte e nordeste do país, pois estima-se que há mais de 60 mil em atividade, nestes estados. Na região norte as parteiras são responsáveis por mais de 40% dos partos realizados nas zonas rurais. Geralmente esta população vive em comunidades às margens dos igarapés e lagos, afastadas dos centros urbanos, com acesso exclusivo por navegação fluvial, o que dificulta o atendimento em situações de emergência. O treinamento de parteiras brasileiras em reanimação e primeiros cuidados ao recém-nascido é uma das ações que pode contribuir para que o país consiga atingir a meta do milênio, proposta pela Organização Mundial de Saúde, que consiste na redução em 2/3 da mortalidade de crianças menores de 5 anos até o ano de 2015, com ênfase para a redução do componente de mortalidade neonatal, devido a sua predominância em todo o mundo. Neste contexto, a Sociedade Brasileira de Pediatria, por meio do Programa de Reanimação Neonatal, desenvolveu um treinamento específico para parteiras tradicionais, visando melhorar a assistência neonatal no parto domiciliar.

Objetivo da Pesquisa:

O estudo tem como objetivo geral avaliar o conhecimento das parteiras em reanimação neonatal antes, imediatamente após um treinamento padrão teórico-prático e três meses depois, por meio de entrevista. E mais, especificamente, serão:

-Identificar fatores de risco de asfixia perinatal;

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3811-6143

Fax: (14)3811-6143

E-mail: capellup@fmb.unesp.br; cep@fmb.unesp.br

**FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP**

- Reconhecer o recém-nascido que precisa de ajuda para estabelecer a respiração espontânea;
- Conhecer os passos iniciais da reanimação neonatal;
- Reconhecer o recém-nascido que precisa de cuidados hospitalares;
- Preparar o transporte do recém-nascido para um centro médico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos podem ser considerados mínimos e a capacitação de parteiras para reconhecer situações de emergência neonatal e realizar o atendimento de parada cardiorrespiratória, contribuirá para redução da mortalidade neonatal e prevenção de agravos nesta faixa etária.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo descritivo, exploratório, prospectivo e comparativo que será realizado com parteiras da região norte e nordeste, participantes do treinamento de reanimação neonatal, ministrado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), que consentam participar deste estudo. O estudo será realizado nas capitais dos estados do Amazonas, Acre, Roraima, Rondônia, Amapá, Alagoas, Ceará e Paraíba. As parteiras serão selecionadas pela Secretaria de Saúde/MS nos cursos de capacitação para o parto e nascimento. Este treinamento, com duração aproximada de oito horas, contempla orientações básicas sobre manobras de reanimação neonatal, segundo diretrizes mundiais de ressuscitação cardiorrespiratória elaborado pela International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), ventilação com balão e máscara, identificação dos recém-nascidos que precisam ser encaminhados ao hospital, bem como o preparo para o transporte do neonato.

A coleta dos dados será realizada inicialmente pelos instrutores da SBP/Ministério da Saúde, por meio de entrevista individual com as parteiras, em dois momentos: antes e após o treinamento. E após noventa dias, a pesquisadora entrará com as participantes, via telefone ou pessoalmente para realizar nova entrevista com intuito de avaliar o conhecimento retido no treinamento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Concordamos com as considerações apresentadas pelo CEP da Universidade Federal do Amazonas, bem como as retificações solicitadas à pesquisadora em relação ao grupo ao qual a pesquisa pertence (grupo III), cronograma de execução, orçamento e folha de rosto.

Recomendações:

Embora a pesquisadora participe de programa de doutorado inter-unidades o vínculo da pesquisa é a Faculdade de Medicina de Botucatu, e portanto a instituição proponente, conforme assentamento escolar anexo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- A pesquisa tem fundamentação científica, e o projeto está em consonância com a Resolução

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3811-6143

Fax: (14)3811-6143

E-mail: capellup@fmb.unesp.br; cep@fmb.unesp.br

**FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP**

196/96;

-Não haverá neste centro inclusão de sujeitos;

-Concordamos com o parecer ético emitido pela Universidade Federal do Amazonas;

-Não há necessidade de envio do projeto para Conep.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa aprovado em reunião do CEP de 05/11/2012, sem necessidade de envio à CONEP e sem restrições.

BOTUCATU, 06 de Novembro de 2012

**Assinador por:
Trajano Sardenberg
(Coordenador)**

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3811-6143

Fax: (14)3811-6143

E-mail: capellup@fmb.unesp.br; cep@fmb.unesp.br