



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CAMPUS AVANÇADO-IMPERATRIZ - MA
CURSO DE ENFERMAGEM

**ALEITAMENTO MATERNO ENTRE CRIANÇAS COM MICROCEFALIA:
FATORES QUE CONDICIONAM SUA PRÁTICA**

ANTÔNIA DE SOUSA LIMA

Imperatriz

2018

ANTÔNIA DE SOUSA LIMA

**ALEITAMENTO MATERNO ENTRE CRIANÇAS COM MICROCEFALIA:
FATORES QUE CONDICIONAM SUA PRÁTICA**

Artigo Científico apresentado à coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Floriacy Stabnow Santos

Nota atribuída em: ____/____/____

BANCA AVALIADORA

Prof.^a Dr.^a Floriacy Stabnow Santos (orientadora)

Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Prof. Dr. Marcelino Santos Neto

Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Profa. Ms. Antonia Iracilda e Silva Viana

Universidade Federal do Maranhão – UFMA

ALEITAMENTO MATERNO ENTRE CRIANÇAS COM MICROCEFALIA: FATORES QUE CONDICIONAM SUA PRÁTICA

BREASTFEEDING BETWEEN CHILDREN WITH MICROCEFALIA: FACTORS CONDITIONING THEIR PRACTICE

Antonia de Sousa Lima¹

Floriacy Stabnow Santos²

RESUMO

A microcefalia é uma malformação congênita em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada, sendo associada ao vírus Zika, após aumento de bebês nascidos com microcefalia em áreas afetadas pelo vírus. O Ministério da Saúde recomenda que os bebês com microcefalia devam ser amamentados na primeira hora de vida e exclusivamente durante os primeiros seis meses. Objetivou-se conhecer como acontece a amamentação entre as crianças com microcefalia; Descrever o perfil de nascimento das crianças; Identificar as características sócio-demográficas e obstétricas das mães das crianças. Estudo descritivo, transversal, quantitativo realizado com as mães das crianças com microcefalia atendidas no ambulatório de seguimento do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz. Dados coletados através de um formulário estruturado aplicado às mães das crianças com microcefalia entre Fevereiro e Agosto de 2017. Amostra composta por 40 mães, selecionadas por conveniência. Os resultados mostraram que 57,5% das mães foram orientadas sobre a importância da amamentação durante o pré-natal e 47,5% amamentaram na primeira hora de vida e 65% não teve dificuldades para amamentar. A idade gestacional variou entre <37 até >40 semanas, o perímetro cefálico teve a média 31,25 centímetros. A média da idade materna foi de 26,5 anos. O momento de diagnóstico da microcefalia entre 72,5% dos bebês foi após o parto. Observou-se que as mães dos bebês com microcefalia tiveram dificuldades para amamentar semelhantes às mães dos bebês que não possuem microcefalia e os bebês também tiveram dificuldades semelhantes para mamar às apresentadas pelos bebês que não tem microcefalia.

Palavras chave: Aleitamento materno. Microcefalia. Zika.

¹Aluna do Curso de Graduação de Bacharel em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão – UFMA. E-mail: antoniasousalima@hotmail.com.

²Orientadora: Prof.^a Dr.^a FloriacyStabnow Santos. E-mail: floriacys@gmail.com.

1 INTRODUÇÃO

A microcefalia é uma malformação congênita em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada. É caracterizada por um perímetro cefálico inferior ao esperado para a idade e sexo e, dependendo de sua etiologia, pode ser associada a malformações estruturais do cérebro ou ser secundária a causas diversas (BRASIL, 2015a), desde desnutrição da mãe e abuso de drogas até infecções durante a gestação, como rubéola, toxoplasmose e citomegalovírus (REIS, 2015).

Desde outubro de 2015 tem sido observado um aumento no número de recém-nascidos (RN) com microcefalia no Brasil, principalmente na Região Nordeste, consistindo em uma situação peculiar que atraiu a atenção de profissionais de saúde e gestores a nível federal, estadual e municipal (ABREU, 2016).

Em outubro de 2015, seis meses após a confirmação da transmissão autóctone do vírus Zika nos estados do Nordeste brasileiro, constatou-se um aumento inesperado da ocorrência de microcefalias, principalmente em Pernambuco, mediante confirmação de 40 casos em crianças nascidas a partir de agosto de 2015 (RIBEIRO et al, 2018).

Estabeleceu então, uma relação entre a microcefalia e o vírus da zika, visto que, houve um aumento no número de bebês nascidos com microcefalia em áreas afetadas pelo vírus Zika, e o Ministério da Saúde (MS) divulgou a positividade em testes feitos no líquido amniótico de duas gestantes que tiveram contato com o zika e cujos recém-nascidos foram diagnosticados com microcefalia por exames de ultrassonografia (REIS, 2015).

Em março de 2016, o MS passou a adotar os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS), onde o RN com menos de 37 semanas de idade gestacional, apresentando medida do perímetro cefálico menor que -2 desvios-padrão (segundo a tabela do *Intergrowth*, para a idade gestacional e sexo) e o RN com mais 37 semanas, com o perímetro cefálico menor ou igual a 31,5 centímetros para meninas e 31,9 cm para meninos, equivalente a menor que -2 desvios-padrão para a idade do RN e sexo, teriam microcefalia (ABREU, 2016).

De acordo com o Informe Epidemiológico sobre Microcefalia, divulgado em dezembro de 2016 da Semana Epidemiológica 52, foram notificados cerca de 10.867 casos, segundo as definições do Protocolo de vigilância (recém-nascido, criança, natimorto, abortamento ou feto). Desses, 3.183 casos (29,3%) permaneceram em investigação e 7.684

casos (70,7%) foram investigados e classificados, sendo 2.366 confirmados, 49 prováveis e 5.269 descartados. No Maranhão foram notificados 328 casos, 83 permanecem em investigação e 160 investigados e confirmados, ocupando o quarto lugar em maior número de casos investigados e confirmados de microcefalia no Brasil (BRASIL, 2016a).

Entretanto, vale considerar como acontece a amamentação entre essas crianças, já que essa é uma prática que vai mais além do que só nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, e em sua saúde em longo prazo, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2015b).

Adjacente a isso, o MS recomenda que o RN com microcefalia deve ser amamentado na primeira hora de vida e tenha uma amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida, até aos dois anos de idade ou mais, em vista da confirmação, por meio de estudos, da não replicação do vírus no leite materno (BRASIL, 2015b; BRASIL, 2016b).

Diante disso, o MS criou diretrizes de estimulação precoce crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente da microcefalia, são orientações que são atribuídos aos profissionais das equipes da Atenção Básica e Atenção Especializada para a estimulação precoce. Dentre as recomendações, está a estimulação da motricidade orofacial, que mostra o movimento de sucção do seio materno como um conjunto de movimentos mandibulares (abaixamento, protrusão, elevação, retrusão) realizados durante a extração do leite materno. Esse ato exige um grande esforço de todos os músculos da face, estimulando o crescimento da mandíbula e prevenindo futuros problemas nos dentes e ossos da face (BRASIL, 2016c).

Então, todo o “esforço” que o bebê faz no momento da mamada é extremamente benéfico e importante para o correto desenvolvimento da face e das suas estruturas orais. Os lábios, a língua, as bochechas, a mandíbula e os músculos da face são fundamentais para que a criança possa, posteriormente, falar e mastigar corretamente (BRASIL, 2016c).

Alguns problemas podem ocorrer durante o aleitamento materno (AM). Se não forem prontamente identificados e tratados, podem ser importantes fontes de ansiedade e sofrimento, podendo culminar com a interrupção da amamentação (BRASIL 2012).

Dessa forma, objetivou-se conhecer como acontece a amamentação entre as crianças com microcefalia e as dificuldades citadas por essas mães para amamentar;

Descrever o perfil de nascimento das crianças estudadas; Identificar as características sócio-demográficas e obstétricas das mães das crianças investigadas; Apresentar os dados clínicos e epidemiológicos das mães.

2 METODOLOGIA

Estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa realizado com as mães das crianças com microcefalia atendidas no ambulatório de seguimento do Hospital Regional Materno Infantil (HRMI) de Imperatriz-MA, única maternidade pública, referência para toda região e que conta com serviço de atendimento ambulatorial específico para crianças provenientes da unidade de terapia intensiva neonatal bem como para as crianças com microcefalia que nasceram em toda macrorregião.

A pesquisa ocorreu no período de Fevereiro a Agosto de 2017. Os dados foram coletados através de um formulário estruturado com perguntas fechadas elaborado pelos pesquisadores, aplicado às mães de crianças com microcefalia atendidas no HRMI. As questões do estudo abordarão variáveis sócio-demográficas (idade, grupo racial, estado civil, escolaridade, ocupação, número de filhos, renda familiar e residência própria), e específicas para aleitamento materno.

Na coleta de dados foi avaliada ainda a caderneta da criança, dando-se ênfase nas medidas do perímetro cefálico ao nascer.

Os dados coletados foram transcritos em planilhas do Microsoft Excel 2016 e analisados de forma descritiva e as variáveis foram analisadas considerando a frequência absoluta e relativa.

No ambulatório do HRMI são atendidas 59 crianças que fazem acompanhamento regular. A amostra foi selecionada por conveniência e todas as mães que concordaram em participar da pesquisa, sendo um total de 40 mães de crianças com microcefalia que estão sendo atendidas regularmente e acompanhadas mensalmente ou sempre que necessário. As demais não compareceram ao atendimento nos dias da pesquisa, visto que abandonaram o acompanhamento no HRMI. As crianças eram trazidas por suas mães ou outros acompanhantes ao HRMI onde recebem assistência de uma equipe multiprofissional

composta por enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta, médico pediatra, neurologista, nutricionista, fonoaudiólogo e psicólogo.

Foram incluídas com as mães das crianças com microcefalia, que tinham qualquer idade, que fazem acompanhamento no HRMI, e que concordaram em participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídas as mães que apresentaram algum problema mental que dificultou a comunicação com as pesquisadoras, mães portadoras de HIV, mães de crianças adotadas, também as que recusaram participar da pesquisa.

A presente pesquisa seguiu as recomendações éticas e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão com o parecer nº 1.974.612 em conformidade com a resolução CNS 466/12 (BRASIL, 2012). Todas as participantes foram esclarecidas dos objetivos e riscos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes do início da entrevista.

3 RESULTADOS

Fizeram parte dessa pesquisa 40 mães de crianças diagnosticadas com microcefalia atendidas no HRMI, que recebem assistência de uma equipe multiprofissional.

3.1 Amamentação entre crianças com microcefalia

Alguns fatores são considerados facilitadores para a amamentação. A Tabela 1 mostra que 23 (57,5%) das mães foram orientadas sobre a importância da amamentação durante o pré-natal; em relação aos benefícios da amamentação para a criança citados pelas mães, 23 (57,5%) responderam que o leite materno aumenta a imunidade da criança; com relação aos benefícios do aleitamento para a mãe citado por elas, 30 (75,5%) não sabiam apontar. Observou-se que 19 (47,5%) amamentaram na primeira hora de vida, no entanto, 7 (17,7%) não amamentou.

Identificou-se que 26 crianças (65,0%) não tiveram problemas para mamar, entretanto, 8 crianças (20,0%) teve dificuldade para sugar ou deglutir e 6 crianças (15,0%) tiveram uma pega incorreta (Tabela 1). Em relação ao aleitamento materno exclusivo até seis meses foi praticado por 12 mães (30,0%) sendo que 21 (52,5%) teve aleitamento materno complementado.

Das entrevistadas 10 mães (25,0%) alegaram que o motivo para oferecer leite artificial foi ter o leite fraco e não sustentar as crianças; e 5 (12,5%) alegaram que a criança recusou o seio materno, 3 mães (7,5%) declararam complicações na mama e 3 (7,5%) informaram que a mãe adoeceu o que dificultou a amamentação. Sobre os sentimentos vivenciados pela mãe ao amamentar, 27 (67,5%) responderam que tiveram uma sensação agradável, entretanto, para 6 (15,0%) não foi agradável e 7 (17,5) não amamentaram (Tabela 1).

Tabela 1. Aleitamento materno entre crianças com microcefalia. Hospital Regional Materno Infantil, Imperatriz /MA, 2017

Variáveis sobre amamentação	N	%
Orientada no pré-natal sobre amamentação		
Sim	23	57,5
Não	17	42,5
Benefícios para a criança		
Aumenta imunidade	23	57,5
Maior vínculo com a mãe	2	5,0
Não sabe apontar	15	37,5
Benefícios para a mãe		
Perda de peso	7	17,5
Prevenção de doenças	2	5,0
Satisfação pessoal	1	2,5
Não sabe apontar	30	75,0
Amamentou na 1ª. hora de vida		
Sim	19	47,5
Não	14	35,0
Não Amamentou	7	17,5
Problemas para amamentar		
Pega incorreta	6	15,0
Dificuldade para sugar e deglutir	8	20,5
Não teve problemas	26	65,5
Tipo de aleitamento materno		
Aleitamento materno exclusivo até 6 meses	12	30,0
Aleitamento complementado	21	52,5
Não amamentou	7	17,5
Motivos para oferecer leite artificial		
Leite fraco/não sustenta	10	25,0
Recusa da criança	5	12,5
Complicações na mama	3	7,5
Doença da mãe	3	7,5
Nunca amamentou	7	17,5
AME	12	30,0
Sentimentos ao amamentar		
Sensação agradável	27	67,5
Não foi agradável	6	15,0
Não amamentou	7	17,5
Total	40	100

3.2 Perfil de nascimento das crianças com microcefalia

A idade gestacional variou entre <37 até >40 semanas sendo que 29 (72,5 %) tinham entre 39 e 40 semanas de idade gestacional ao nascer. Quanto ao sexo, 21 (52,5%) eram do sexo feminino e 19 (47,5%) do sexo masculino. 19 crianças (47,5%) nasceram no HRMI e 21 (52,5%) em Hospitais de cidades circunvizinhas a Imperatriz.

No momento da pesquisa 35 (87,5%) tinha entre 19 e 24 meses e 5 (12,5%) tinha de 9 a 14 meses. A média da idade das crianças com microcefalia foi de 16,5 meses. (tabela 2). Quanto ao peso ao nascer variou de menor de 1.500 g a maior 3.500 g; a estatura ao nascer variou entre 35 cm a maior de 50 cm, o perímetro cefálico ao nascer variou entre 26 cm a maior de 37 cm, sendo a média 31,25 centímetros; 29 crianças (72,5%) tiveram o diagnóstico da microcefalia após o parto e todas as crianças realizaram exame de tomografia computadorizada de crânio (Tabela 2).

Tabela 2. Perfil de nascimento das crianças com microcefalia. Hospital Regional Materno Infantil, Imperatriz/MA, 2017

Variáveis da criança	N	%
Semanas de gestação		
<37	4	10,0
37 a 38	7	17,5
39 a 40	29	72,5
Sexo		
Feminino	21	52,5
Masculino	19	47,5
Local de nascimento		
HRMI	19	47,5
OUTRO	21	52,5
Idade (meses)		
9 a 14	5	12,5
19 a 24	35	87,5
Peso ao nascer (gramas)		
<1.499	1	2,5
1.500 a 2.499	12	30,0
2.500 a 3.499	25	62,5
>3.500	2	5,0
Estatura ao nascer (centímetros)		
35 a 40	2	5,0
41 a 45	2	5,0
45 a 30	17	42,5
>50	19	47,5
Perímetro cefálico ao nascer (centímetros)		
Feminino		
26 a 31,5	12	30,0
32 a 37	9	22,5
Masculino		

26 a 31,9	11	27,5
32 a 37	8	20,0
Momento do diagnóstico		
Durante a gestação	11	27,5
Após o parto	29	72,5
TC de crânio		
Sim	40	100
Não	0	0
Total	40	100

*MS $\leq 31,5$ feminino; $\leq 31,9$ masculino.

3.3 Características sócio-demográficas das mães das crianças investigadas

Em relação ao perfil sociodemográfico das mães das crianças com microcefalia, a idade variou entre menor de 18 a maior de 35 anos, a média da idade foi de 26,5 anos, 31 (77,5%) se autodeclararam de cor parda, 23 (57,5%) eram solteiras, 26 (65,0%) cursaram o Ensino Médio, 35 (87,5%) eram donas de casa, 34 (85,0%) relataram renda familiar abaixo de um salário mínimo, 20 (50,0%) eram residentes da Região Tocantina e 28 (70,0%) possuíam residência própria (Tabela 3).

Em relação ao perfil obstétrico, 29 (72,5%) eram múltipara, 33 (82,5%) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e 35 (87,5%) realizaram o pré-natal na Unidade Básica de Saúde (Tabela 3).

Tabela 3. Perfil sociodemográfico e obstétrico das mães de crianças com microcefalia, Hospital Regional Materno Infantil, Imperatriz/MA, 2017

Perfil sociodemográfico	N	%
Idade materna (anos)		
<18	5	12,5
18 a 25	9	22,5
26 a 35	20	50,0
>35	6	15,0
Grupo racial		
Branco	4	10,0
Preto	2	5,0
Pardo	31	77,5
Amarelo	2	5,0
Indígena	1	2,5
Estado civil		
Casada ou união estável	17	42,5
Solteira	23	57,5
Escolaridade		
Ensino Fundamental	12	30,0
Ensino Médio	26	65,0
Ensino Superior	2	5,00
Ocupação		
Dona de casa	35	87,5
Trabalho formal	5	12,5

Renda familiar (salário mínimo*)		
<1	34	85,0
1 a 2	1	2,5
3 a 4	4	10,0
Não informou	1	2,5
Procedência		
Imperatriz	8	20,0
Região Tocantina	20	50,0
Outros Estados	12	30,0
Residência própria		
Sim	28	70,0
Não	12	30,0
Perfil obstétrico		
Primípara	11	27,5
Múltipara	29	72,5
Início do pré-natal		
1°. Trimestre	33	82,5
2°. Trimestre	2	5,0
3°. Trimestre	5	12,5
Local do pré-natal		
UBS	35	87,5
HRMI	5	12,5
Total	40	100

*Salário mínimo R\$ 937,00

3.4 Dados clínicos e epidemiológicos das mães das crianças investigadas

Referente aos dados clínicos e epidemiológicos das mães observou-se que 25 (62,5%) não apresentaram febre durante a gestação, 17 (42,5%) não apresentou sinais clínicos de exantema; quando questionadas em relação aos exames para detecção do vírus Zika 23 mulheres (57,5%) não fizeram, 30 (75,0%) não realizaram o exame para Chikungunya e 26 mulheres (65,0%) não fizeram sorologia para dengue (Tabela 4).

Quanto ao momento de diagnóstico da microcefalia no bebê 29 (72,5%) foi após o parto, sendo que, os bebês que foram diagnosticados durante a gravidez 8 (20,0%) foram durante a 12 a 20 semanas de gestação.

Tabela 4. Dados clínicos e epidemiológicos da mãe. Hospital Regional Materno Infantil Imperatriz /MA, 2017.

Dados clínicos e epidemiológicos da mãe	N	%
Apresentou febre durante a gestação		
Sim	15	37,5
Não	25	62,5
Apresentou exantema durante a gestação		
Sim, 1° trimestre	8	20,0
Sim, 2° trimestre	4	10,0
Sim, 3° trimestre	8	20,0
Não apresentou exantema	17	42,5
Não sabe	3	7,5

Realizou exames para Zika		
Na gestação	5	12,5
Pós-parto	9	22,5
Fez na gestação e pós-parto	3	7,5
Não fez	23	57,5
Realizou exame para chikungunya		
Na gestação	4	10,0
Pós-parto	4	10,0
Fez na gestação e pós-parto	2	5,0
Não fez	30	75,0
Realizou exame para Dengue		
Na gestação	5	12,5
Pós-parto	6	15,0
Fez na gestação e pós-parto	3	7,5
Não fez	26	65
Momento do diagnóstico de microcefalia		
Idade gestacional detectado microcefalia		
12 a 20 semanas de gestação	8	20,0
21 a 30 semanas de gestação	2	5,0
31 a 38 semanas de gestação	1	2,5
Após o parto	29	72,5
Total	40	100

4 DISCUSSÃO

A alimentação é um fator de importância para assegurar a existência, o crescimento e o desenvolvimento adequados de uma criança. O leite materno é fundamental para a saúde das crianças nos seis primeiros meses de vida, por ser um alimento completo (BRUSCO; DELGADO, 2014). As orientações sobre a amamentação devem ser abordadas desde a primeira consulta de pré-natal, sendo o momento ideal para sensibilizar a mãe sobre a importância da amamentação.

O presente estudo mostrou que a maioria das mães receberam orientações sobre aleitamento no pré-natal. Em um estudo realizado em São Luis (MA) apontou que mais da metade das mães receberam orientação sobre aleitamento materno nas consultas de pré-natal (RIETH, 2016), resultado semelhante a este estudo.

No tocante ao conhecimento dos benefícios da AM para o bebê, mais da metade das mães conseguiram reconhecer o benefício do aumento da imunidade. Entretanto, 30(75%) não sabiam apontar quais os benefícios que AM pode proporcionar para elas. Há uma falha na literatura abordando de forma completa os benefícios do AME para a mãe, que também, tem que se sentir estimulada para realizar essa prática (MARTINS, 2013).

No presente estudo, verificou-se um predomínio do AM na 1ª hora de vida, a maioria dos bebês não apresentaram problemas para mamar, no entanto este estudo apresentou uma prevalência baixa em relação ao AME até o sexto mês de vida, tendo assim, uma maior adesão a suplementação com outros leites artificiais. Ressalta-se que o MS recomenda que os RNs com microcefalia devem ser amamentados na primeira hora de vida e sejam amamentados exclusivamente durante nos primeiros seis meses de vida, continuando até aos dois anos de idade ou mais (BRASIL, 2015b).

A prevalência do AME aos 6 meses nesta casuística foi menor (30,0%) do que o encontrado em outro estudo também realizado em Imperatriz onde a prevalência do AME aos 6 meses foi de 32,0% (SANTOS et al,2016).

A maioria dos bebês deste estudo não apresentou problemas na amamentação, por outro lado, a maioria recebeu precocemente alimentação complementar, acredita-se que vários aspectos podem estar envolvidos na prática do desmame precoce, tais como o baixo nível de escolaridade das mães, menor poder aquisitivo e baixa idade materna (RIETH,2016).

Observou-se ainda que por alegarem ter o leite fraco e que não sustentava o bebê a mãe introduziu leite artificial na dieta da criança, o que colaborou para o abandono do AME. Esta percepção errônea pode estar vinculada ao desconhecimento das mães quanto aos valores do leite materno, sobre como o mesmo é produzido e ao fato de relacionarem o choro do bebê à carência de alimento, o que nem sempre é verdadeiro (ROCCI, 2014).

Nesse sentido faz-se necessário que políticas públicas de saúde e os profissionais da área trabalhem na defesa do aleitamento materno, planejem-se em consonância com a realidade local, considerando também os mitos e as crenças, tornando as ações de saúde mais condizentes com as necessidades da população e consequentemente tornando-as mais eficazes (ALGARVES, 2015).

As mães relataram uma sensação agradável ao amamentar. Segundo o MS quando a amamentação é bem sucedida, mães e crianças podem estar mais felizes, com repercussão nas relações familiares e, consequentemente, na qualidade de vida dessas famílias (BRASIL, 2015b).

Foram 40 crianças diagnosticadas com microcefalia atendidas no HRMI, nascidas neste hospital 19 (47,5%) e em Hospitais de cidades circunvizinhas a Imperatriz 21 (52,5%). Quanto ao sexo, 21 (52,5%) eram do sexo feminino e 19 (47,5%) do sexo masculino. No momento da pesquisa a maioria das crianças (87,5%) tinha idade entre 19 e 24 meses, a idade que coincide com o período de maior aumento de casos de crianças que nasciam com microcefalia, principalmente na região nordeste o que levou os pesquisadores a relacionar a microcefalia com a ocorrência do Zika vírus.

Os dados mostraram que a maior parte destes RNs apresentaram peso e estatura normal ao nascer e em relação ao perímetro cefálico a média foi de 31,6. O MS passou a adotar os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS), onde o RN com 37 semanas ou mais de idade gestacional, apresentando medida do perímetro cefálico menor ou igual a 31,5 centímetros para meninas e 31,9 centímetros para meninos, equivalente a menor que -2 desvios-padrão para a idade do RN e sexo, teriam microcefalia (ABREU, 2016), o que foi confirmado nesse estudo.

Observou-se que o diagnóstico de microcefalia da maioria dos bebês foi realizado após o parto e com a confirmação do exame de Tomografia Computadorizada de Crânio. Há duas formas de diagnóstico da microcefalia na criança: durante a gravidez, por meio de ultrassom realizado a partir do segundo trimestre; e após o nascimento, pela medição do

perímetro cefálico e exames como tomografia e ressonância magnética (CABRAL et al., 2017).

Em se tratando do perfil sociodemográfico das mães das crianças de com microcefalia, os resultados apontaram a predominância de mulheres com idade entre 26 a 35 anos, considerado um fator positivo para a AME, pois quanto maior a idade, mais chances de adesão ao AME.

Em relação ao grupo racial, escolaridade e estado civil, a maioria era da cor parda, cursaram Ensino Médio e solteiras. Em um estudo realizado na Região Metropolitana do Recife (PE), a maioria das mulheres também eram de cor parda ou preta, também cursaram o Ensino Médio completo, entretanto viviam em união estável/casadas (VARGAS et al, 2016), ponto que diferiu do presente estudo onde o número de mulheres solteiras era maior do que das casadas.

Além disso, um estudo realizado no estado de Sergipe mostrou que maioria das mães de crianças com microcefalia eram donas de casa com renda per capita familiar inferior ao salário mínimo (CABRAL et al, 2017), dados semelhantes ao presente estudo. O Governo Federal também anunciou que as mães de crianças diagnosticadas com microcefalia com renda familiar per capita inferior a R\$ 220,00 poderiam se inscrever para receber o Benefício de Prestação Continuada (BPC), com o valor de um salário mínimo (HENRIQUES, 2016), o que pode ser um ponto positivo para essas famílias.

Nesse estudo, o local de residência da maioria das mães são municípios circunvizinhos a Imperatriz MA, o que pode comprometer o acesso e qualidade desse acompanhamento para todos os RNs com microcefalia e família, por causa da distancia até uma equipe multiprofissional especializada para oferecer estimulação precoce ao RN a fim de reduzir os possíveis atrasos no desenvolvimento e socialização. (SALGE et al, 2016).

Outro fator que pode estar associado a residentes em cidades circunvizinhas, baixa renda e baixa escolaridade, são os sérios problemas relacionados a falta de aceso aos serviços de saúde e ao saneamento básico, aumentando a incidência de doenças e vetores, principalmente o transmissor da Zika. Como observado em outro estudo sobre crianças com microcefalia realizado na cidade de Salvador (BA), as baixas condições socioeconômicas associadas à baixa escolaridade podem comprometer a gravidez e o desenvolvimento do RN por diversas condições, como o acesso restrito aos serviços de saúde (principalmente para aquelas genitoras que residem em cidades do interior do estado), a vulnerabilidade social, a

dificuldade da mãe em compreender as reais necessidades do bebê e suporte familiar ou social inadequado (ABREU, 2016).

Ressalta-se ainda que a grande maioria das mães possuíam residência própria. Uma das explicações plausíveis foram os crescentes investimentos do Programa Minha Casa Minha Vida, no Estado do Maranhão, no entanto, o MA está ocupando o primeiro lugar em déficit habitacional relativo no Brasil, segundo a Fundação João Pinheiro (SOUSA, 2017).

Em relação à situação obstétrica, a maioria das mães eram multíparas, semelhante a um estudo realizado em Pernambuco onde do total de 40 mães, 24 delas também eram multíparas (VARGAS et al, 2016).

Quanto ao início do pré-natal, as mães iniciaram no primeiro trimestre da gestação na unidade básica de saúde, de acordo com o MS, a identificação precoce de todas as gestantes na comunidade e o pronto início do acompanhamento pré-natal, deve ser feito com presteza, para que as consultas iniciem ainda no 1º trimestre da gravidez, objetivando intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas e/ou terapêuticas (BRASIL, 2013).

A realização de pré-natal também favorece a autoeficácia em amamentar, pois esse acompanhamento beneficia a preparação da mãe e familiares para o AM. Trata-se de um momento oportuno para a discussão de pontos importantes tais como os benefícios do AM, as desvantagens do uso de outros leites e técnicas da amamentação, para aumentar a habilidade e confiança da mãe, contribuindo no sucesso da amamentação (RODRIGUES et al, 2014).

Quanto aos dados clínicos da mãe, 62,5% não apresentaram febre durante a gestação. Segundo Nunes (2016), cerca de 80% das pessoas infectadas pelo vírus Zika são assintomáticas. O presente estudo mostrou que 20 mães referiram ter apresentado exantema na gravidez, oito no primeiro trimestre de gravidez, quatro no segundo trimestre e oito no terceiro trimestre. O estudo mostrou também que 17(42,5%) não apresentou exantema na gravidez. Tal resultado é semelhante ao encontrado em estudo realizado em Recife (PE), onde (n=27) das mães referiu apresentar exantema durante a gestação, sendo 20 no primeiro trimestre e sete no segundo trimestre (VARGAS et al , 2016).

Os resultados desse estudo mostraram que a maioria das mães não realizaram sorologia para Zika, dengue e Chikungunya durante ou após o parto. Isso acontece devido a ausência de febre e exantema durante a gestação. Segundo o MS deve-se coletar material para exame (sangue e urina) caso a gestante apresente doença exantemática aguda (5 dias de

exantema), excluindo outras hipóteses de doenças infecciosas e causas não infecciosas (BRASIL,2016b).

Em relação ao momento do diagnóstico da microcefalia durante a gravidez o MS preconiza a realização de 1 (uma) ultrassonografia obstétrica por gestante, devendo os profissionais da Atenção Básica conhecer as indicações do exame, estarem habilitados para interpretar os resultados e definir o momento mais apropriado de realizar o exame, caso seja pertinente. Todavia, para as gestantes que tiverem exantema, indica-se a realização de uma ultrassonografia adicional entre a 32ª e a 35ª semanas gestacionais (RIO DE JANEIRO, 2016). Pressupõe-se que a ausência desses sinais e sintomas, proporcionou menor êxito nas ações de esclarecimento das suspeitas epidemiológicas relacionadas à microcefalia, durante o pré-natal.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que as mães dos bebês com microcefalia tiveram dificuldades para amamentar semelhantes às mães dos bebês que não possuem microcefalia e os bebês com microcefalia tem também dificuldades semelhantes para mamar às apresentadas pelos bebês que não tem microcefalia.

Foi possível constatar que a maioria das crianças acompanhadas no HRMI não é de Imperatriz e sim de outros municípios e estados e grande parte eram acompanhadas pelas mães que na sua maioria eram donas de casa, porém essa condição não influenciou de forma positiva para que ela amamentasse exclusivamente seu filho com leite materno até os seis meses de vida.

A maioria das mães não apresentaram febre e exantema durante a gestação, além disso, a grande maioria não realizou exames durante ou após o parto, existe muitas lacunas no conhecimento sobre os dados clínicos das mães que necessitam de mais pesquisas para elucidar estas perguntas, já que são escassas as matérias na literatura que demonstram estas informações.

ABSTRACT

Microcephaly is a malformation congenital in which the brain does not develop properly and is associated with the Zika virus after an increase in infants born with microcephaly in areas affected by the virus. The Ministry of Health recommends that babies with microcephaly should be breastfed within the first hour of life and exclusively during the first six months. The objective was to know how breastfeeding happens among children with microcephaly; Describe the children's birth profile; To identify the sociodemographic and obstetric characteristics of the mothers of the children. Descriptive, cross-sectional, quantitative study with the mothers of children with microcephaly treated at the follow-up clinic of the Regional Maternal and Child Hospital of Imperatriz. Data collected through a structured form applied to the mothers of children with microcephaly between February and August 2017. Sample composed of 40 mothers, selected for convenience. The results showed that 57.5% of the mothers were informed about the importance of breastfeeding during the prenatal period and 47.5% breastfed in the first hour of life and 65% had no difficulties in breastfeeding. The gestational age ranged from <37 to > 40 weeks, the head circumference averaging 31.25 centimeters. The mean maternal age was 26.5 years. The time of diagnosis of microcephaly among 72.5% of the babies was after childbirth. It was observed that mothers of infants with microcephaly had breastfeeding difficulties similar to the mothers of infants who did not have microcephaly, and infants also had similar difficulties to suckle infants who did not have microcephaly.

Keywords: Breastfeeding. Microcephaly.

REFERÊNCIAS

ABREU, T.T.; NOVAIS, M.C.M.; GUIMARÃES, I.C.B. Crianças com microcefalia associada a infecção congênita pelo vírus Zika: características clínicas e epidemiológicas num hospital terciário. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 15, n. 3, p. 426-433, set./dez. 2016. Disponível em: <DOI:http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v15i3.18347 > Acesso em: 10 Jul.2017.

ALGARVES, T.R.; JULIÃO, A.M.S.; COSTA, H.M. Aleitamento materno: influência de mitos e crenças no desmame precoce. **Rev. Saúde em foco**, Teresina, v. 2, n. 1, art. 10, p. 151-167, jan./jul. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Ary.Antonia/Downloads/912-2875-1-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 15 set.2017.

BRASIL. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde: Brasília, 2016c. 123p. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/13/Diretrizes-de-Estimulacao-Precoce.pdf>. Acesso em: 30 set.2017.

BRASIL. **Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde: Brasília, 2016b.

BRASIL.. **Monitoramento dos casos de microcefalia no Brasil.** Boletim epidemiológico. Ministério da Saúde: Brasília, 2016a. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/images/pdf/Informe-Epidemiologico-n57-SE-52_2016-09jan2017.pdf>. Acesso em: 11 set.2017.

BRASIL. **Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika.** Brasília, 2015c. 49p.. : il. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/14/PROTOCOLO-SAS-MICROCEFALIA-ZIKA-vers--o-1-de-14-12-15.pdf>. Acesso em: 20 set.2017.

BRASIL. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC).** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis: Brasília, 2015a. Disponível em: <http://combateaedes.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/Microcefalia-Protocolo-de-vigilancia-e-resposta-10mar2016-18h.pdf > Acesso em: 09 jul.2017.

BRASIL. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar.** 2. ed. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica: Brasília, 2015b. 184 p.: il. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>. Acesso em: 13 set.2017.

BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** 1. ed. rev. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica: Brasília, 2013.

BRASIL. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2ª edição. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas: Brasília, 2012.

BRUSCO, T. R.; DELGADO, S. E. Caracterização do desenvolvimento da alimentação de crianças nascidas pré-termo entre três e 12 meses. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 917-928, Jun 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v16n3/1982-0216-rcefac-16-3-0917.pdf>>. Acesso em: 18 jul.2017.

CABRAL, C. M. et al. Descrição clínico-epidemiológica dos nascidos vivos com microcefalia no estado de Sergipe, 2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.26, n. 2, p. 245-254, abr-jun 2017. Disponível em: <http://www.sms.rio.rj.gov.br/coe/CVE/GVDATA/Expo%20Epi%202017/Epidemiologia%20em%20Servicos/Revista%20Epidemiologia%20e%20Servi%20E7os%20de%20Sa%20FAd_2016_2017/2017_RESS_2.pdf>. Acesso em: 30 set.2017.

HENRIQUES, C. M. P; DUARTE, E; GARCIA, L. P. Desafios para o enfrentamento da epidemia de microcefalia. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 7-10, Mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov.2017.

MARTINS, M.Z.O.; SANTANA, L.S. Benefícios da amamentação para Saúde Materna. **Interfaces Científicas -Saúde e Ambiente**, Aracaju ,v.1 , n.3 , p. 87-97 , jun. 2013. Disponível em : <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/viewFile/763/443>>. Acesso em: 10 out.2017.

NUNES, M. L. Microcefalia e vírus Zika: um olhar clínico e epidemiológico do surto em vigênciano Brasil. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 92, n. 3, p. 230-240, Jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jped/v92n3/pt_0021-7557-jped-92-03-0230.pdf. Acesso em: 15 nov.2017.

REIS, R. P. Aumento dos casos de microcefalia no Brasil. **RevMed Minas Gerais**, v. 5, supl 6, p. 88-91, 2015.

RIBEIRO, I.G. et al. Microcefalia no Piauí, Brasil: estudo descritivo durante a epidemia do vírus Zika, 2015-2016. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 1-11, 2018. Disponível em: <doi: 10.5123/S1679-49742018000100002>. Acesso em: 6 jan.2017.

RIETH, N.F.A.; COIMBRA, L.C. Caracterização do aleitamento materno em São Luís, Maranhão. **RevPesq Saúde**, v. 17, n. 1, p. 7-12, jan-abr, 2016. Disponível em: <<http://www.periodicosletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/5487/3360>>. Acesso em: 30 set.2017.

RIO DE JANEIRO. **Protocolo: Assistência à gestante e ao recém-nascido, possivelmente, expostos a doenças transmitidas por mosquitos do gênero Aedes no Estado do Rio de Janeiro. (Versão Preliminar)**. Subsecretaria de Vigilância em Saúde: Rio de Janeiro, 2016.

ROCCI, E.; FERNANDES,R.A.Q.Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **RevBrasEnferm**; v. 67, n. 1, p. 22-27,jan-fev, 2014.Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267030130003>>.Acesso em: 15 set.2017.

RODRIGUES, A. P. al. Fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**,v. 18, n. 2, abr/jun, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0257.pdf>>.Acesso em: 15 nov.2017.

SALGE, A. K. M.et al . Infecção pelo vírus Zika na gestação e microcefalia em recém-nascidos: revisão integrativa de literatura. **Rev. Eletr. Enf [internet]**. v. 18, s.n, p. 1-15, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.39888>>. Acesso em: 15 nov.2017.

SANTOS, F. S. et al . Aleitamento materno e diarreia aguda entre crianças cadastradas na Estratégia Saúde da Família.**Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 1, p. 1-8, 2016.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100313&lng=en&tlng=en>.Acesso em: 10 set.2017.

SCHULER-FACCINI,L.et al. Possible association between ZIKV virus infection and microcephaly – Brazil, 2015. **MMWR Morb.Mortal.Wkly. Rep.**, Atlanta, n. 65, p. 59–62, 2016.Disponível em:<<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6503e2.htm>>. Acesso em: 11 set.2017.

SOUSA, I. G. **Habitação social no programa minha casa minha vida: avaliação do residencial pitangueiras, São José de Ribamar/MA, sob as preferências do usuário.** [online]. 2017.147 f. Dissertação (mestrado em arquitetura e urbanismo) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de Brasília, Brasília, 2017. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/23368/1/2017_IsabellaGasparSousa.pdf>.

VARGAS, A.et al . Características dos primeiros casos de microcefalia possivelmente relacionados ao vírus Zika notificados na Região Metropolitana de Recife, Pernambuco. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 691-700, dez, 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000400691&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 nov.2017.