UMA REVISÃO SOBRE OBESIDADE NA ADOLESCÊNCIA: PREVALÊNCIA, ETIOLOGIA E TRATAMENTO.

A review on obesity in adolescence: prevalence, etiology and treatment.

CORACIN, Ludemila
Faculdade de Jaguariúna

LEMOS, Christine Marinho de
Faculdade de Jaguariúna

Resumo: A obesidade na fase adulta tem, em muitos casos, raízes na infância. Uma das tragédias da atual epidemia de obesidade é a prevalência significante e crescente da obesidade nos jovens. Um preditor principal da obesidade no adulto é a obesidade na infância. Nós descrevemos aqui a classificação, epidemiologia, etiologia, comorbidades, e tratamento farmacológico e cirúrgico do adolescente obeso.

Palavras-chaves: obesidade nos jovens, obesidade no adulto, índice de massa corporal.

Abstract: Much of adult obesity has its roots in childhood. One of the tragedies of the current obesity epidemic is significant and growing prevalence of obesity in young people. A major predictor of adult obesity is childhood obesity. We describe here the classification, epidemiology, etiology, comorbidities, and surgical and pharmacological treatment of adolescent obesity.

Key words: Obesity in the young. Adult obesity .Body mass index

Introdução

A obesidade é um problema crônico e multidimensional, que está sendo visto de maneira crescente em pacientes mais jovens. Devido a dificuldade relativa de quantificação direta da gordura corporal do indivíduo, o índice de massa corporal [IMC=peso em quilos/(altura em metros^2)] é um método simples, barato, e razoavelmente objetivo usado de modo a estimar indiretamente o conteúdo de gordura visceral e subcutânea. Para adultos, a

WHO delineou IMC com limites entre 25 e 30 Kg/m^2 como “sobrepeso” e “obeso”, respectivamente (Kim, 2002).

O diagnóstico de obesidade infantil, contudo, é comumente realizada pela definição fornecida pelo ***Centro*** de ***Controle*** e ***Prevenção*** de ***Doenças*** (CDC= *Centers for Disease Control and Prevention*) utilizando IMC, sexo, e curvas de crescimento específicas para cada idade/sexo (Dietz, 2005). Estas curvas de percentil se aplicam a idades de 2-20 anos. Devido ao fato do IMC exibir variação não linear durante o crescimento, limites de percentis são utilizados. O CDC define crianças com IMC entre o percentil 50th e 85th, como tendo “peso saudável”. IMC entre o percentil 85th e menor que 95th são classificados como “sobrepeso” e igual ou acima do percentil 95th são classificados como “obesos”. Excedendo o percentil 99th, a criança é classificada como obesidade pediátrica extrema (Dietz, 2005).

O IMC, por si, não é um indicador perfeito do conteúdo de gordura corporal, já que não distingue massa gordurosa de massa magra. Indivíduos com o mesmo IMC podem ter diferentes níveis de massa gordurosa visceral. Deste modo, medidas complementares são também utilizadas na avaliação para diagnóstico preciso da obesidade, são elas: circunferência de cintura prega cutânea triciptal, método de bioimpedância e métodos de imagem (tomografia computadorizada e ressonância magnética), dentre outros (Speiser, 2005).

Epidemiologia

A obesidade infantil é atualmente a desordem nutricional pediátrica mais comum nos Estados Unidos da América, e a prevalência continua a aumentar (Caprio, 2005). Os dados do ***National Health and Nutrition*** Examination ***Survey*** (NHANES) 2003-2004 mostram que a prevalência de indivíduos com sobrepeso nas categorias com idades entre 2-5anos, 6-11 anos, e 12-19 anos são 13,9%, 18,8% e 17,4%, respectivamente. Os dados da NHANES indicam que a prevalência da obesidade infantil tem aproximadamente triplicado nos

últimos 30 anos, paralelamente um aumento similar é visto em adultos (Sinha, 2009).

Nos EUA, etnia é uma correlação proeminente. Para crianças de ambos os sexos, os níveis de obesidade são maiores em mexicano-americanos (31%), seguido pelos negros não-hispânicos (20%), brancos não-hispânicos (11%) (Sorof, 2004). Os meninos mexicanos-americanos são considerados mais suscetíveis a se tornarem obesos do que as meninas. Em negros não-hispânicos, as meninas têm um alto nível de obesidade quando comparadas as meninos (Saha, 2005). Crianças brancas não-hispânicas demonstraram uma propensão pequena para obesidade. O status sócio-econômico tem grande impacto sobre a obesidade quando associado com a etnia. Entre famílias brancas, há uma correlação negativa consistente entre status sócio-econômico e obesidade (Zhang, 2004). Diferentemente, para negros não-hispânicos e mexicano-americanos, a associação entre status sócio-econômico e obesidade varie por gênero e idade, mas uma definitiva correlação positiva existe na minoria do sexo masculino (Zhang, 2004). Independentemente dos antecedentes étnicos, baixo nível sócio- econômico é um preditor forte para obesidade em crianças.

Áreas desenvolvidas do norte da África, Oriente Médio e América Latina mantêm taxas altas de obesidade em 8%, 7% e 4,5-7% respectivamente (Onis, 2000). Os números nos países em desenvolvimento indicam que a obesidade nos adolescentes não é somente um problema de “primeiro mundo”. No Brasil, o cenário do passado era destacado por doenças relacionadas à desnutrição (Enes, 2010). Hoje o cenário é outro, o processo de transição nutricional acelerou o aparecimento de fatores de risco relacionados à dieta, na medida em que o estilo de vida dos brasileiros fica cada vez mais parecido com os dos indivíduos que habitam países desenvolvidos (Ribeiro, 2009).

Estudos realizados no Brasil alertam sobre a população jovem, demonstrando intenso aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade nos adolescentes brasileiros, passando de aproximadamente 4,1 % (1974/1975) para 13,9% (1996/1997) (Cavalcante, 2010). Esse aumento é preocupante, pois elevam-se os riscos de doenças crônicas não-transmissíveis como

diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e certas formas de câncer (Ribeiro, 2009).

Sabe-se que a criança obesa tem um maior risco de tornar-se um adulto obeso. Pressupõe-se que metade das crianças obesas tornam-se adultos obesos. Este fato tem despertado a preocupação de pesquisadores e profissionais da área da saúde (kunkel, 2009), em razão dos agravos provocados pelo excesso de peso. Segundo os pesquisadores, é nessa fase que os hábitos alimentares estão sendo formados e conseqüentemente serão mantidos na vida adulta (Enes, 2010).

Conseqüências da obesidade infantil têm sido relatadas na fase adulta (Terres, 2006), apontando que o excesso de gordura corporal está associado à maior ocorrência de doenças cardiovasculares (Cavalcante, 2010), contudo é de extrema importância a identificação de hábitos não saudáveis visando um controle para prevenção de doenças crônicas na vida adulta (Nunes, 2007).

Etiologia

Para muitos indivíduos, obesidade é uma condição atribuída a interação gênica com o meio ambiente, gerando estímulos e consumo de excesso calórico ao longo do crescimento. O mapeamento do gene humano da obesidade continua a crescer de tamanho, atualmente contendo acima de 600 genes, marcadores, e regiões cromossômicas que têm sido associadas ao fenótipo (Pérusse, 2005). De um terço a metade a propensão para obesidade pode ser atribuída ou explicada por fatores genéticos (Speiser, 2005).

Fatores genéticos interagem com o ambiente de maneira a produzir o fenótipo obeso. O ambiente fetal pode ser o primeiro fator promotor de desenvolvimento da obesidade. Estudos têm tentado mostrar a possível correlação entre o diabetes gestacional, associado com a exposição uterina a hiperglicemia, e desenvolvimento de obesidade na infância. O peso elevado ao nascimento tem sido proposto como fator causal. O aleitamento materno tem sido apontado como fator protetor contra a obesidade em vários estudos

(Hediger, 2001). O desmame precoce, com introdução de fórmula infantil prematuramente, aumenta o risco para obesidade (Sinha, 2009).

Fatores psicossociais exercem principal influência sobre a etiologia da obesidade infantil, e são tidos como os maiores causadores desta doença. O status sócio-econômico aparece determinante nesta questão. Nos EUA, crianças pertencentes a famílias de baixa-renda com acesso limitado a educação, são mais predispostas a se tornarem obesas, sendo indiferente a etnia ou gênero (Speiser, 2005). Questões relacionadas são possibilidades de aquisição de alimentos (poder de compra), acesso a saúde, e acesso e disponibilidade para prática de atividade física.

Os fatores que mais contribuem com a obesidade são estilo de vida e dieta. Crianças que procuram menos atividade física intensa estão, sem dúvida nenhuma, em alto risco de tornarem-se obesos.Quando as crianças americanas foram pesquisadas, observou-se que somente 25% gostavam de exercícios regulares, enquanto que 15% não se exercitava (Speiser, 2005). Além disso, 26% das crianças americanas assistem mais que 4 horas de televisão por dia, e 67% assistem pelo menos 2 horas (Andersen, 1999). Este estudo encontrou que a hora passada vendo televisão estava mais proximamente relacionada ao IMC do que o tempo participando de atividade física.

Aumento do consumo de *fast food* e escolhas nutricionais pobres e equivocadas pode ser o resultado de incessante propaganda**:** marketing sugestivo e atraente de alimentos nas propagandas da televisão. Este fato condiciona resposta de fome. O consumo de *snacks* e *fast foods* leva a consumo de excesso de calorias predominantemente pelo alto consumo de gordura. Padrões alimentares indesejáveis, tais como omitir refeições e o excesso alimentar resultante tem sido associados com o sobrepeso, e infelizmente, vem se tornando prática comum. Na idade de 2 anos, 12% das crianças consomem mais de 25% das calorias via sodas e sucos enriquecidos e adoçados com açúcar (Kranz, 2005). Essas bebidas freqüentemente substituem o leite, explicando a relação inversa entre consumo de cálcio e obesidade.

Finalmente, o consumo de *fast food* agora contabiliza 10% da ingestão alimentar das crianças escolares, comparado com 2% de três décadas atrás. *Fast food* contém mais calorias, gordura, carboidratos, e açúcar adicionado que uma alimentação de cafeteria usual, e proporciona a criança pouca oportunidade de comer frutas e vegetais. Em 2001, quase 80% das crianças escolares falharam na checagem do consumo adequado de frutas e vegetais por dia.

Para as crianças jovens, a influência da família na seleção dos alimentos é muito forte. Os alimentos que os pais escolhem para comer, irão provavelmente influir nos hábitos alimentares dos filhos e assim no seu peso (Golan, 2004).

Comorbidades

Estudos mostram que aproximadamente 60% das crianças sobrepeso entre 5 a 10 anos têm um fator de risco para doença cardiovascular (hipertensão arterial, dislipidemia, hipertrofia ventricular esquerda, aterosclerose), enquanto 20% têm dois ou mais fatores (Deckelbaum, 2001). Obesidade leva a transformações cardiovasculares que alteram significantemente a hemodinâmica, através do aumento do volume sanguíneo e débito cardíaco. Aumento no IMC tem sido consistentemente associado com hipertensão. Conseqüentemente, obesidade é a uma causa de hipertensão infantil. A patofisiologia pode ser basicamente pela resistência à insulina, aumento nos níveis de leptina, aumento a aldosterona sérica, e retenção de sal (Speiser, 2005). Obesidade infantil eleva o risco de disfunção endotelial, espessamento da parede da carótida, e formação precoce de placas de ateroma nas artérias coronárias e aorta (Speiser, 2005).

A síndrome metabólica em adultos é definida por cinco características, das quais três são necessárias para o diagnóstico. O ATP III (*Adult treatment panel*) delineou critérios e tem modificado esses padrões para adolescente (tabela 1).

Tabela 1-Critério Para Diagnosticar Síndrome Metabólica

	Circunferência De Cintura (Inches)	HDL Colesterol (Mg/Dl)	Pressão arterial (mmHg)	Nível de triglicérides (mg/dL)	Glicemia de jejum (g/dL)
Critério: adultos	>40 (HOMENS) >35 (MULHERES)	<40 (homens) <50 (mulheres)	>130/85	>150	>110
Critério: adolescentes	>90th percentil	<40	>90th	>150	>110

Esta modificação estabelece a prevalência de 4,2% entre os adolescentes americanos e um risco global de 50% de adolescentes severamente obesos adquirirem síndrome metabólica.

O diabetes Melitus do tipo 2 (DM II) tem apresentado crescimento rápido na incidência entre a população adolescente. A prevalência de DM II em adolescentes, de acordo com o *National Health and Nutrition Examination Survey III,* é de 0,41%. Este número é mais do dobro da prevalência do Diabetes do Tipo I (DM I) (0,17%) (16). DM II é agora responsável por um quinto dos diagnósticos de diabetes em crianças (Speiser, 2005). Os fatores de risco para DM II incluem história familiar de parentes de primeiro ou segundo grau, etnia (americano-africano, hispânco, americano nativo), e resistência à insulina (sugerido pela dislipidemia, hipertensão e síndrome do ovário policístico). Acantose *nigracans*, um espessamento em regiões da pele, caracterizada por hiperqueratose (excesso de queratina) e hiperpigmentação (lesões de cor cinza e engrossadas, que dão um aspecto verrugoso). Esta patologia é utilizada clinicamente como uma indicação de resistência à insulina em crianças (Batch, 2005). A resistência à insulina, descrita como uma elevação dos níveis de glicose plasmáticas é o precursor mais importante para predisposição de um indivíduo ao DM II (Kranz, 2005).

Obesidade pode causar uma gama de anormalidades hepáticas referidas como Esteatose hepática não-alcoólica ou esteato-hepatite. As características deste estado são uma elevação das transaminases hepáticas 4 a 5 vezes acima dos valores normais e aumento da fosfatase alcalina e glutamil

peptidases em 2 a 3 vezes comparado aos valores normais (Speiser, 2005). Esta condição pode progredir para fibrose e finalmente cirrose.

A população obesa é afligida com outras comorbidades físicas. Asma e apnéia do sono têm alta incidência na população obesa. Crianças obesas possuem 4 a 6 vezes mais chances de apresentar apnéia obstrutiva do sono, do que crianças com IMC normal (Speiser, 2005). Peso excessivo pode causar problemas ortopédicos, pelo dano a placa óssea e ao crescimento. Isto pode predispor a osteoartrite, a epifisiólise proximal do fêmur e a Doença de Blount. A epifisiólise proximal do fêmur é a doença mais comum do quadril no adolescente. São crianças geralmente obesas, que se queixam de dor no quadril ou na coxa, de início agudo ou insidioso. É bilateral em 30% dos casos. Ao exame físico apresentam dor e limitação da rotação interna do quadril. O diagnóstico é confirmado com o raio X, porém nos casos de pré-deslizamento, o raio X é normal e a cintilografia confirma o diagnóstico. A doença de Blount é um distúrbio do crescimento da tíbia (osso da parte anterior da perna, também chamado osso da canela) que produz um arqueamento das extremidades.

Existe uma relação evidente entre a obesidade e distúrbio psicológico. Problemas psicológicos associados com obesidade na infância envolvem baixa auto-estima, isolamento social, ansiedade, depressão, e suicídio. Em estudo com aproximadamente 1.000 adolescentes, em idade de 12 até 18 anos, foi encontrado que o elevado IMC estava diretamente relacionado a depressão em 1 ano de acompanhamento (Daniels, 1999). A obesidade leva a dificuldades sociais inevitáveis.

A obesidade na infância e adolescência resulta em aumento na taxa de mortalidade. Resultados de adolescentes obesos têm sido acompanhados por 50 anos. Ambos, homens e mulheres, que foram sobrepeso durante a adolescência apresentam aumento da morbidade e mortalidade idade-específica, devido a complicações cardiovasculares e doenças crônicas (Deckelbaum, 2001). Aproximadamente 80% das crianças com idade acima de 10 anos e IMC acima do percentil 95th permanecem sobrepeso como adultos (Inge, 2005). O risco aumentado está presente também em adolescentes obesos que perderam o excesso de peso durante a fase adulta (Deckelbaum,

2001). Então, é fundamental tratar deste assunto em crianças e adolescentes o quanto antes.

Tratamento

O tratamento da perda de peso é baseado no balanço do consumo calórico e gasto de energia. Tratamentos para crianças obesas deve concentrar-se primariamente na intervenção no estilo de vida, com integração e suporte familiar. A família é uma parte imperativa da equação da perda de peso. Instituindo-se mudanças no estilo de vida, somente com familiares da criança obesa, em 1, 2, e 7 anos de acompanhamento mostrou ser mais eficaz, do que quando a criança é acompanhada sozinha (Golan, 2004). Os três elementos chaves do tratamento são promoção de hábitos alimentares saudáveis, aumento da atividade física e diminuição das atividades sedentárias (Kirk, 2005). Basicamente: melhora do ambiente familiar com a mudança no estilo de vida, reeducação alimentar e implementação de atividades físicas, reduzindo as práticas sedentárias.

Para o controle de peso, um plano alimentar próprio para idade, reduzindo alimentos ricos em gordura e açúcar simples (frituras e refrigerantes), estimulando o consumo de alimentos de baixo teor calórico, ricos em fibras (frutas, vegetais e grãos integrais). Um plano alimentar individualizado é necessário. Uma alimentação fracionada durante o dia, em intervalos regulares, estímulo a ingestão de porções menores de alimentos às refeições, minimizar o consumo de *snacks*, e estimulo o consumo de água, devem fazer parte do plano alimentar (Sinha, 2009).

Estudos têm mostrado que dietas pobres em carboidratos inicialmente produzem uma grande perda de peso em crianças (Speiser, 2005). Contudo, LDL colesterol não reduz nesses indivíduos como se observa naqueles indivíduos que fazem a dieta pobre em gordura.

O US Departamento of Agriculture (USDA) recentemente alterou a pirâmide alimentar, (fig. 1) onde a restrição calórica irá somente levar a perda

de peso quando acompanhada pelo aumento do gasto energético pelo exercício.

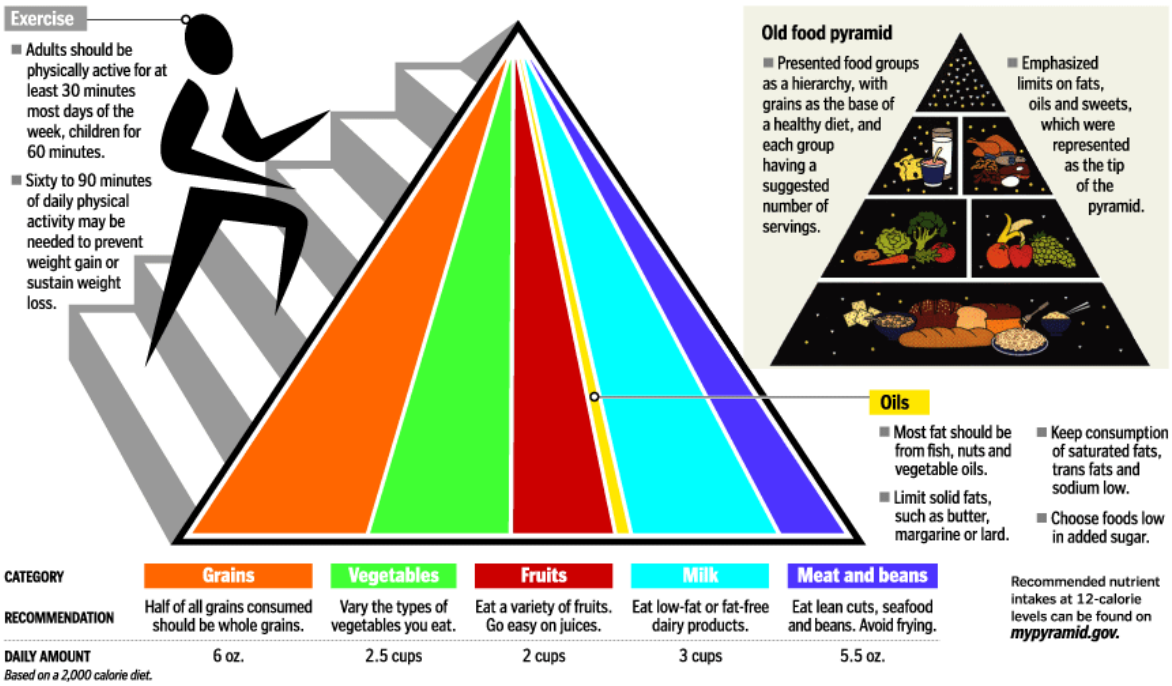

Figura 1 - Pirâmide alimentar – FONTE: U.S. Department of Agriculture – Center for Nutrition Policy and Promotion - april 2005 - CNPP 15.

A American Heart Association (AHA) recomenda pelo menos 30 a 60 minutos de atividades físicas na maioria dos dias da semana. Alguns estudos sugerem que este tempo é melhor utilizado intercalando períodos de atividade vigorosa com períodos de descanso e recuperação (Kirk, 2005). Um estudo randomizado, modificado tipo “cross-over” com 79 crianças obesas, estabeleceu que em 4 meses de exercício/treinamento (40 min. 5 dias/semana), houve a redução da porcentagem de gordura corporal (5%), e redução da insulinemia de jejum (10%) e concentração de triglicérides (17%), mesmo na ausência de modificações dietéticas (Speiser, 2005).

A redução da atividade sedentária é o elemento final da abordagem comportamental na redução de peso. A Academia Americana de Pediatria advoga que as crianças devem passar menos que 2 horas/dia vendo televisão. Isto resulta em redução substancial do percentual de excesso de peso (Kirk, 2005).

Nutrição saudável com aumento dos níveis de atividade física devem ser instituídos em crianças com IMC entre o percentil 85th e 95th,e tratamento mais agressivo deve ser aplicado a crianças com IMC acima do percentil 95th. A meta final para as duas abordagens é um IMC abaixo de 85th para a idade e sexo. Os dois tratamentos mais agressivos utilizados na prática médica são farmacoterapia e cirurgia (Sinha, 2009).

Existem dois tratamentos farmacológicos a serem usados a longo prazo (acima de 2 anos) na obesidade, em conjunto com restrição dietética e atividade física. O primeiro é o Orlistat, que bloqueia a absorção de gordura no intestino delgado, pela inibição da lípase pancreática, evitando que aproximadamente 30% da gordura consumida seja digerida (Kirk, 2005), com considerável redução de peso, IMC, colesterol total, insulinemia de jejum e glicemia de jejum (McDuffie, 2002), e melhora da tolerância à glicose e redução do progresso do diabetes (Torgerson, 2004). Em obesos adolescentes, houve uma pequena mas significante melhora no IMC no grupo tratado com Orlistat (-0,55 Kg/m^2) versus placebo (+0,33 Kg/m^2) (Joffe, 2005). Um efeito colateral é a má absorção das vitaminas lipossolúveis (especialmente a vitamina D), então a suplementação vitamínica é recomendada (McDuffie, 2002). Os efeitos colaterais gastrointestinais, tais como esteatorréia, flatulência, incontinência têm profundo efeito negativo sobre a aderência dos pacientes (Sinha, 2009).

O segundo fármaco utilizado é a Sibutramina, que bloqueia de maneira efetiva a recaptação da serotonina e noradrenalina e, consequentemente, induz saciedade e pode também atuar na atividade do sistema nervoso simpático, aumentando o gasto de energia via termogênese (Arterburn, 2004). Em combinação com a restrição calórica e terapia comportamental, entre 82 adolescentes (IMC 32-44 Kg/m^2), a sibutramina reduziu o IMC em 8,5%, enquanto o placebo alcançou 4,0% de redução . Os efeitos adversos incluem taquicardia e hipertensão (Berkowitz, 2003).

Uma outra droga aprovada pelo FDA é a fentermina, contudo apenas para tratamento a curto-prazo (menor que 3 mêses). A droga é um supressor do apetite e aumenta a taxa metabólica de repouso. Ela diminui a ingestão

alimentar por mecanismo noradrenérgico. Efeitos colaterais são taquicardia, insônia, boca seca e ansiedade (Sinha, 2009).

O tratamento mais agressivo, não-reversível da obesidade, é a cirurgia bariátrica. As duas práticas mais comuns são cirurgia da banda gástrica laparoscópica e o Bypass gástrico em Y de Roux (RYGB). Esses procedimentos são escolhidos em obesidade severa com comorbidades refratárias a terapia convencional por pelo menos 6 meses. Consequentemente, os indicadores são IMC > 40 Kg/m^2., associado a comorbidades graves, tais como apnéia obstrutiva do sono e DM II (Daniels, 1999).

Estudos em jovens são menos comuns devido ao volume reduzido de pacientes. Os dados atuais sugerem que os resultados em jovens são semelhantes aqueles encontrados em adultos. Contudo, há uma grave preocupação e controvérsia com respeito aos efeitos colaterais à longo prazo, sobre o crescimento e desenvolvimento dos pacientes adolescentes, Foco especial na maturidade óssea, devido a má absorção de cálcio especialmente, decorrente do pós-operatório. Deste modo, os pacientes devem esperar alcançar pelo menos 95% da estatura adulta, antes de fazerem a cirurgia (Inge, 2005). Como resultado disto, a cirurgia bariátrica é oferecida a meninas adolescentes acima de 13 anos de idade e meninos com idade acima de 15 anos, com apropriada autorização dos pais (Rodgers, 2004).

O RYGB é um procedimento tanto restritivo quanto gerador de má absorção de nutrientes. As vantagens são a perda de peso e aumento da saciedade. O mecanismo proposto para justificar o aumento da saciedade, é a redução dos níveis circulantes de grelina (Roth, 2004). Um estudo mais recente comparou um ano de resultados de 39 adolescentes pós RYGH e de 12 que optaram pelo tratamento conservador (não cirúrgico). O IMC caiu 37% nos pacientes cirúrgicos (de 56 para 35,8 Kg/m^2) e 3% nos pacientes não cirúrgicos (de 47,2 para 46 kg/m^2) (Lawson, 2006). Somado a esses resultados, os pacientes cirúrgicos apresentaram melhora na concentração de triglicérides (-65mg/dL), colesterol total (-28 mg/dL), glicemia de jejum (-12 mg/dL) e insulinemia de jejum (-21 microM/ml) (Lawson, 2006). Dos pacientes cirúrgicos, 61% não apresentaram complicações pós-operatórias. DE 15 pacientes com

complicações, 2 tiveram graves complicações médicas com conseqüências à longo prazo (incluindo Beriberi e morte). As complicações pós-operatórias mais comuns são: anemia ferropriva (50%), deficiência de vitamina B12, folato, tiamina, cálcio (>30%); colecistite ou colelitíase (20%), infecção na ferida operatória (10%), obstrução gástrica ou intestinal (5-10%); atelectasia e pneumonia (12%), hérnia incisional (10%); doença tromboembólica; vazamento na junção anastomótica; dilatação gástrica, desnutrição protéico-calórica e síndrome de dumping (Speiser, 2005; Inge, 2004).

A banda gástrica ajustável (AGB) é um tratamento puramente restritivo e é reversível, e sua maior vantagem é ser minimamente invasivo e sem complicações/má absorção nutricional. É um método de combate à obesidade que consiste na colocação de uma prótese de silicone em forma de anel em volta da porção proximal (de cima) do estômago, de modo a provocar uma segmentação gástrica e criar um reservatório gástrico de pequeno volume, com cerca de 20 a 30 ml. A ingestão de alimentos preenche rapidamente este reservatório do estômago provocando uma sensação de saciedade precocemente. O grau de estreitamento do estômago pode ser ajustável (regulado) no pós-operatório com a injeção de soro fisiológico através de uma pequena punção no reservatório da banda localizado embaixo da pele do paciente. Assim, o estreitamento do estômago pode ser ampliado ou reduzido, conforme a quantidade de alimentos que o paciente deva ingerir. Um estudo retrospectivo recente reforça a eficácia da AGB. Foram analisados 51 pacientes, com idades entre 9 e 19 anos de idade, com IMC médio de 49,9 kg/m^2. Esses pacientes apresentaram em média, perda de peso de 42% e 60% em 6 meses e 1 ano de pós-operatório (Al-Qahtani, 2007). Complicações da AGB incluem dilatação esofageana, acalasia, exacerbação de refluxo gastroesofágico, erosão de tecido devido a banda (Speiser, 2005).

Considerações finais

As crianças americanas hoje, estão provavelmente crescendo e fazendo parte da geração mais obesa da história dos EUA. As comorbidades

associadas com obesidade, sem dúvida, levarão a maior taxa de mortalidade em indivíduos jovens. Nossa ênfase, então, deve focar na prevenção e não no tratamento desta doença. Reduzindo a taxa de incidência, enquanto se busca e emprega tratamentos inovadores, provará ser o meio mais efetivo de administrar essa epidemia. A detecção precoce do ganho de peso excessivo é imperativo para confrontar a obesidade. Somente com esforço multiprofissional e familiar, haverá êxito na alteração do estilo de vida dos nossos jovens adolescentes, a fim de restringir a morbidade deste problema crescente no planeta.

Referências

Al-Qahtani A. R. Laparoscopic adjustable gastric banding in adolescent: safety and efficacy. J Pediatr Surg 2007;42(5):894–7.

Andersen R. E, Crespo CJ, Bartlett SJ, et al. Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children. JAMA 1998;279(12):938–42.

Arterburn DE, Crane PK, Veenstra DL. The efficacy and safety of sibutramine for weight loss. Arch Intern Med 2004;164(9):994– 1003.

Batch JA, Baur LA. Management and prevention of obesity and its complications in children and adolescents. Med J Aust 2005;182(3):130–5.

Berkowitz RI, Wadden TA, Tershakovec AM, et al. Behavior therapy and sibutramine for the treatment of adolescent obesity. JAMA 2003;289(14):1805–12.

Caprio S, Genel M. Confronting the epidemic of childhood obesity. Pediatrics 2005;115(2):494–5.

Cavalcanti CBS.; Barros MVG.; Meneses AL.; Santos CM.; Azevedo AMP.; Guimarães JSP. Obesidade abdominal em adolescentes: prevalência e associação com atividade física e hábitos alimentares. Arq. Brás. Cardiol. Vol.94 n.3 São Paulo Mar. 2010.

Daniels SR, Arnett DK, Eckel RH, et al. Overweight in children and adolescents: pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. Circulation 2005;111:1999–2012

Deckelbaum RJ, Williams CL. Childhood obesity: the health issue. Obes Res 2001;9:S239–43.

Dietz WH, Robinson TN. Overweight children and adolescents. N Engl J Med 2005;352(20):2100–9.

Enes CC.; Slater B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. Rev. Brás. Epidemiol. Vol.13 n.1 São Paulo Mar. 2010.

Golan M, Crow S. Targeting parents exclusively in the treatment of childhood obesity: long-term results. Obes Res 2004;12:357–61.

Hediger ML, Overpeck MD, Kuczmarski RJ, et al. Association between infant breastfeeding and overweight in young children.JAMA 2001;285(19):2453–60.

Inge TH, Donnelly LF, Vierra M, et al. Managing bariatric patients in a children's hospital: radiologic considerations and limitations. J Pediatr Surg 2005;40(4):609–17.

Inge TH, Krebs NF, Garcia VF, et al. Bariatric surgery for severely overweight adolescents: concerns and recommendations. Pediatrics 2004;114(1):217–23.

Joffe A. Pharmacotherapy for adolescent obesity: a weighty issue. JAMA 2005;293(23):2932–4.

Kimm SY, Obarzanek E. Childhood obesity: a new pandemic of the new millennium. Pediatrics 2002;110(5):1003–7.

Kirk S, Scott BJ, Daniels SR. Pediatric obesity epidemic: treatment options. J Am Diet Assoc 2005;105(5):44–51.

Kranz S, Smiciklas-Wright H, Siega-Riz AM, et al. Adverse effect of high added sugar consumption on dietary intake in American preschoolers. J Pediatr 2005;146(1):105–11.

Kunkel N.; Oliveira WF.; Peres MA. Excesso de peso e qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes de Florianópolis, SC. Rev. Saúde pública vol.43 n.2 São Paulo Apr. 2009.

Lawson ML, Kirk S, Mitchell T, et al. Pediatric bariatric study group. One-year outcomes of Roux-en-Y gastric bypass for morbidly obese adolescents: a multicenter study from the Pediatric Bariatric Study Group. J Pediatr Surg 2006;41(1):137–43.

McDuffie JR, Calis KA, Uwaifo GI, et al. Three-month tolerability of orlistat in adolescents with obesity-related comorbid conditions. Obes Res 2002;10:642–50.

McDuffie JR, Calis KA, Booth SL, et al. Effects of orlistat on fatsoluble vitamins in obese adolescents. Pharmacotherapy 2002;22 (7):814–22.

Nunes MM.; Figueiroa JN.; Alves JGB. Excesso de peso, atividade física e hábitos alimentares entre adolescentes de diferentes classes econômicas em Campina Grande(PB). Rev. Assoc. Med. Brás. Vol.53 n.2 São Paulo Mar. 2007.

Onis M, Blössner M. Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries. Clin Nutr 2000;72(4):1032–9.

Pérusse L, Rankinen T, Zuberi A, et al. The human obesity gene map: the 2004 update. Obes Res 2005;13:381–490.

Ribeiro IC.; Colugnati FA.; Taddei JAA. Fatores de risco para sobrepeso entre adolescentes: análise de três cidades brasileiras. Rev. Nutr. Vol.22 n.4 Campinas Jul. 2009.

Rodgers BM. Bariatric surgery for adolescents: a view from the American pediatric surgical association. Pediatrics 2004;114 (1):255–6.

Roth J, Qiang X, Marbán SL, et al. The obesity pandemic: where have we been and where are we going? Obes Res 2004;12:88S–101S.

Saha C, Eckert GJ, Pratt JH, et al. Onset of overweight during childhood and adolescence in relation to race and sex. J Clin Endocrinol 2005;90(5):2648–52.

Sinha A, Kling S. A Review of Adolescent Obesity: Prevalence, Etiology, and Treatment Obes Surg 2009; 19:113–120.

Sorof JM, Lai D, Turner J, et al. Overweight, ethnicity, and the prevalence of hypertension in school-aged children. Pediatrics 2004;113(3):475–82.

Speiser PW, Rudolf MC, Anhalt H, et al. Consensus statement: childhood obesity. J Clin Endocrinol 2005;90(3):1871–87.

Terres NG.; Pinheiro RT.; Horta BL.; Pinheiro KAT.; Horta LL. Prevalência e fatores associados ao sobrepeso e a obesidade em adolescentes. Rev. Saúde Publica vol.40 n.4 São Paulo, Ago. 2006.

Torgerson JS, Hauptman J, Boldrin MN, et al. Xenical in the prevention of diabetes in obese subjects (XENDOS) study: a randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients. Diabetes Care 2004;27(1):155–61. (Erratum in: Diabetes Care. 2004;27 (3):856).

Zhang Q, Wang Y. Socioeconomic inequality of obesity in the United States: do gender, age, and ethnicity matter? Soc Sci Med 2004;58(6):1171–80.

A IMPORTÂNCIA DA PRESENÇA DO ACOMPANHANTE DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO SOB A ÓPTICA DA GESTANTE.

The partner's role during labor and birth as seen by the mother.

GIROLA, Ana Amélia
Faculdade de Jaguariúna

FRANCATTO, Célia Cristina Maranin
Faculdade de Jaguariúna

MARVILA, Débora
Faculdade de Jaguariúna

SILVEIRA, Carla
Faculdade de Jaguariúna

Resumo: A presença do acompanhante na hora do parto tem sido uma questão cada vez mais debatida. A preocupação com o bem estar da gestante, a busca pela humanização da assistência ao paciente, tem trazido a necessidade de repensar as técnicas na assistência ao parto. Este trabalho objetivou identificar nas gestantes: o desejo de ter um acompanhante no momento do trabalho de parto; o acompanhante de sua preferência e qual a importância de ter um acompanhante nessa hora tão marcante de suas vidas. Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo realizado com gestantes usuárias da Central de Saúde e das Unidades de Saúde da Família do município de Pedreira, SP. Conclui-se que na maioria das gestantes existe o desejo de ter um acompanhante no momento do parto, seja para dar segurança, para manter um vínculo afetivo, dividir a alegria do momento ou por quaisquer outros motivos.

Palavras-chave: Gestante, Parto, Acompanhante.

Abstract: The presence of the woman's partner in the birth has been much discussed lately. The concern with the mother's welfare, receiving comfort and emotional support while in labor should be considered as part of the total birth assistance. The study has the purpose to know from the pregnant women their will of having a partner while in labor, and if yes, who would they like to be at the childbirth, and how they rated the partner's role at this remarkable moment of their life. This research was carried out based on interviews among pregnant

women served by Health Care Center and Family Health Care Units of Pedreira – SP. The result of the survey identified that most mothers reported the desire to have a partner in the birth, for several reasons, such as: get confidence, keep affection, share her joy, and others.

Key words: Pregnant, Childbirth, Partner.

INTRODUÇÃO

A presença do acompanhante na hora do parto tem sido uma questão cada vez mais debatida. A preocupação com o bem estar da gestante, a busca pela humanização da assistência ao paciente tem trazido a necessidade de repensar as técnicas na assistência ao parto.

A humanização da assistência ao parto e ao nascimento tem sido uma preocupação constante entre os profissionais envolvidos na assistência à saúde da mulher e da criança. Os cuidados e orientações envolvem não só os aspectos físicos, mas também o psicológico e o social, estendendo aos familiares a oportunidade de participarem desse momento. (VIVIANE MURILLA LEÃO ET AL, 2006).

Regulamentada pelo Ministério da Saúde, foi sancionada em Abril de 2005, a Lei nº 11.108, que permite a presença de acompanhante para a mulher, em trabalho de parto e pós-parto, nos hospitais públicos e conveniados com o SUS, Sistema Único de Saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, o acompanhante no trabalho de parto, contribui para o bem estar da mulher. Vários estudos estão sendo feitos com o objetivo de definir o papel do acompanhante no trabalho de parto. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

> Diversos ensaios clínicos aleatorizados sugerem que o acompanhamento [...] reduz a duração do trabalho de parto, o uso de medicações para alívio da dor e o número de partos operatórios. Alguns estudos também mostram a redução do número de cesáreas. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001)

> Além destas vantagens, também é observado que os grupos de parturientes acompanhadas durante o parto [...] têm menos depressão pós-parto e amamentam seus recém-nascidos nas primeiras seis semanas de vida em maior proporção que as parturientes dos grupos de controle. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001)

Este é um estudo que debate qual o verdadeiro significado do acompanhante na visão das gestantes, e qual a sua expectativa na hora do parto em relação ao seu acompanhante. Espera-se então contribuir para a melhoria da qualidade assistencial prestada à clientela atendida no serviço, como também na área de ensino, colaborando para a formação de novos profissionais de enfermagem, como: auxiliares, técnicos (as), enfermeiros (as) e também servir de subsídios para novas pesquisas que abordem a mesma temática.

A escolha do acompanhante

"Discursos médicos, jurídicos e sanitaristas reconhecem a importância que tem a presença do acompanhante no parto." (HOTIMSKY, 2001).

O apoio à mulher pode ser feito por profissionais da saúde, por doulas e familiares ou amigos que prestem assistência à mulher em trabalho de parto, tranqüilizando e a ajudando a desenvolver seu papel.

> Doula é uma palavra de origem grega que significa mulher serviente, escrava. Historicamente, foi usada para descrever aquela que assiste a mulher em casa após o parto, cozinhando para ela, ajudando a cuidar das outras crianças, auxiliando nos cuidados com o bebê, entre outras atividades domésticas. No contexto atual, este termo refere-se àquela que está ao lado, que interage com, que ajuda a mulher em algum momento durante o período perinatal, seja na gravidez, no trabalho de parto ou na amamentação. (LEÃO, 2001).
>
> [...] A doula é uma mulher sem formação técnica na área da saúde, que orienta e acompanha a nova mãe durante o parto e nos cuidados do bebê, seu papel é segurar a mão da mulher, respirar com ela, prover encorajamento e tranqüilidade. Ela presta constante apoio à parturiente e a seu acompanhante, esclarece a respeito da evolução do trabalho, de parto, aconselha as posições mais confortáveis durante as contrações, promove técnicas de respiração e relaxamento, proporciona contato físico e, ainda, oferece apoio psicológico. (VIVIANE MURILLA LEÃO ET AL, 2006).
>
> O efeito das doulas é similar ao de outros acompanhantes, com objetivo de fazer com que as grávidas se sintam seguras e confiantes na hora de dar à luz. Isso traz benefícios para todos, até para a instituição, uma vez que pode significar a diminuição no uso de remédios para alívio da dor, no tempo de duração do

> parto e na indicação de cesáreas. Finalmente, há relatos que em mulheres seguras, que vivem plenamente essa experiência, é menor a incidência de depressão pós-parto. (BRUGGEMANN, 2005)

Diferente das doulas, um acompanhante da família ou amigo próximo, possui um laço maior com a gestante, uma vez que faz parte da sua história.

Para as mulheres que nunca tiveram filhos, o nascimento da primeira criança representa um momento de transição muito importante em suas vidas, e talvez, por isso mesmo, desejem compartilhá-lo com seus entes queridos. (HOTIMSKY, 2001)

> O acompanhamento pelo marido, companheiro, familiar próximo ou amiga, não envolve necessariamente nenhum preparo técnico. Representa, mais que nada, o suporte psíquico e emocional da presença reconfortante, do contato físico, para dividir o medo e a ansiedade, para somar forças, para estimular positivamente [...].(BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001)
>
> Recentemente, Michel Odent (2003), antigo defensor desta prática, vem discutindo a dificuldade que um pai ansioso pode trazer ao parto. Apesar desta ser uma possibilidade, sua postura revela uma compreensão preconceituosa dos homens como incapazes de sensibilidade profunda para acompanhar a mulher no parto e também, a falta de atenção a que os pais estão expostos ao longo desse processo. (CARVALHO, 2003).

Entretanto, a inibição frente ao parceiro sexual, leva algumas mulheres a preferir a companhia de mulheres, enquanto outras buscam negociar com seus cônjuges a posição em que estes permanecem na cena do parto, procurando se preservar do seu olhar ou garantir certo controle sobre seu campo de visão durante esse evento.

> Porém [...] para algumas mulheres, o desejo de preservar a privacidade, significava dar à luz apenas na presença da profissional responsável pela assistência. O fato de o parto desacompanhado ser mais freqüente entre mulheres mais velhas, e com três ou mais filhos, talvez sustente essa hipótese, já que um maior recato e modéstia em relação à sexualidade e à reprodução, parecem estar mais próximos de padrões 'tradicionais' de gerações anteriores. (HOTIMSKY, 2001).

"O desejo de apoiar a gestante, revela a possibilidade dos homens serem capazes de oferecer apoio emocional no trabalho de parto [...]." (CARVALHO, 2003).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, realizado com gestantes usuárias da Central de Saúde e de cinco Unidades de Saúde da Família do município de Pedreira, SP. O levantamento bibliográfico sobre o assunto foi pesquisado em artigos científicos, monografias e legislações nos últimos 10 anos.

Pedreira é uma das cidades do Circuito das Águas Paulistas, situa-se a 33 quilômetros da cidade de Campinas, com uma população estimada de 40.705 habitantes, sendo 20.621 mulheres e 20.084 homens.

Os critérios de inclusão foram: estar cadastradas no SIS Pré-Natal entre os meses de Janeiro à Junho de 2009 e aceitarem participar da pesquisa.

Cinqüenta e quatro gestantes foram incluídas e convidadas a participar da pesquisa e mediante aceitação assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As normas para pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecida pela Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitadas. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Jaguariúna (CEP/FAJ).

Os dados foram coletados no mês de agosto de 2009 através da aplicação de um questionário com perguntas dissertativas a fim de identificar: o desejo de ter um acompanhante no momento do trabalho de parto; quem elas gostariam que participasse deste momento e qual a importância de ter um acompanhante nessa hora tão marcante de suas vidas.

RESULTADOS

Quanto à faixa etária das entrevistadas: 22% (12) tinham entre 11-20 anos, 54% (29) tinham entre 21-30 anos, 22% (12) tinham entre 31-40 anos, 2% (1) tinham entre 41-50 anos.

Analisando os resultados, 87% (48) das gestantes demonstraram grande interesse em ter um acompanhante no momento do parto, e 13% (6) delas relataram que não gostariam de ter um acompanhante neste momento, conforme mostra a Figura 1.

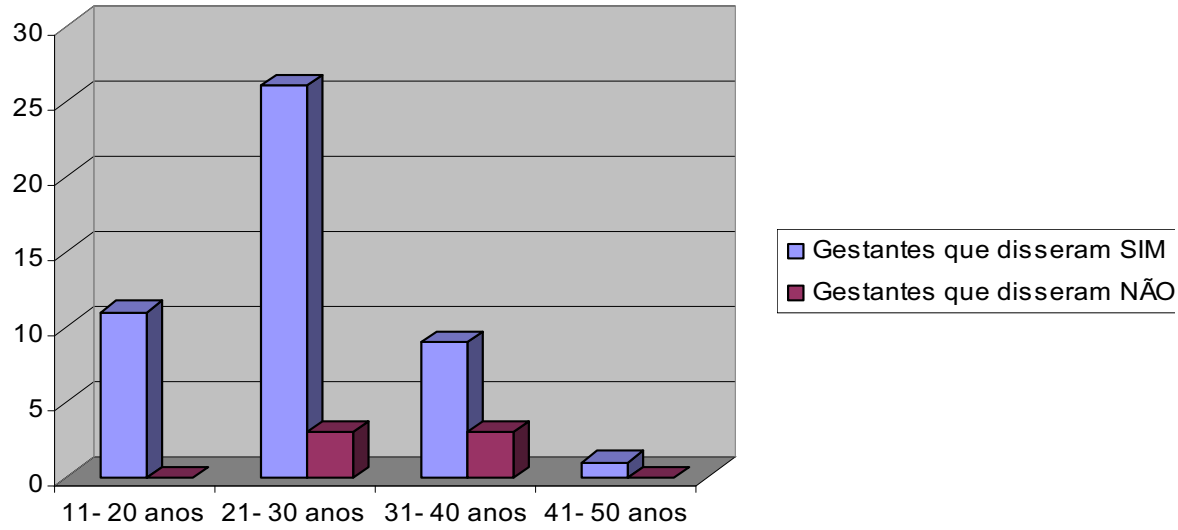

Figura 1 – Classificação por faixa etária das gestantes que responderam à pergunta: "Você gostaria de ter um acompanhante na hora do parto?".

Das gestantes que demonstraram interesse em ter a presença de um acompanhante na hora do parto, 67% (32) delas relataram que esse interesse é devido à segurança que o acompanhante pode proporcionar a elas neste momento. Dentre os relatos estão*: "Na minha opinião, eu acho muito importante alguém da família participar nessa hora tão importante para nós mamães, nos sentimos mais seguras"* (F.D.S)

"É importante, pois quando temos uma pessoa do nosso lado, que nos passe confiança e segurança, podemos ter um bom trabalho de parto evitando sérias complicações" (T.R.C.).

Durante o parto, o medo leva à tensão, que leva à dor, que aumenta o medo. A presença de uma pessoa de confiança da mulher transmite mais segurança durante este período (LOWNDERMILK, et al, 2002).

O desejo de ter alguém especial para acompanhar e dividir a emoção deste momento foi expresso na pesquisa por 19% (9) das gestantes entrevistadas. Dentre os relatos estão: *"Porque eu tenho com quem dividir a felicidade com alguém"* (S.A.S). *"Um momento especial que a mamãe precisa de um acompanhante (o papai)"* (M.L.L.O).

Para Bruggemann et al (2005), a presença do acompanhante, gera mudanças benéficas na assistência, bem como sentimentos positivos e emoção na equipe, fortalecendo as ações rotineiras de humanização na instituição.

Apenas 14% (7) das gestantes que demonstraram interesse em ter um acompanhante na hora do parto, não souberam expressar qual a importância da presença dele.

Das gestantes que demonstraram o desejo de ter um acompanhante na hora do parto, a maioria, 82% (39) gestantes escolheram como acompanhante o seu companheiro, 6% (3) gestantes escolheram a mãe como acompanhante, 8% (4) gestantes ficaram entre a mãe ou o companheiro para ser seu acompanhante e 4% (2) gestantes escolheram outras pessoas próximas como acompanhantes.

Vale destacar, que a participação masculina nos processos da maternidade, vem se tornando mais expressiva na atualidade nos diferentes contextos, mostrando um indício de transformação na construção de gênero e família. (NAKANO, 2007).

Para algumas mulheres e seus cônjuges, a participação destes últimos, nesse evento, representa uma oportunidade de acompanhar mais de perto e de forma mais ativa o nascimento de seus filhos/as. (HOTIMSKY, 2002)

Segundo Tornquist (2003), quando se refere às mulheres populares, o acompanhante escolhido nem sempre é o pai do bebê, sendo preferida com freqüência uma mulher: mãe, cunhada, irmã ou uma amiga.

CONCLUSÃO

A Organização Mundial da Saúde recomenda práticas benéficas para a assistência ao parto. Dentre elas a presença do acompanhante é um dos princípios para a assistência humanizada.

Foi constatado neste estudo que na maioria das gestantes existe o desejo de ter um acompanhante no momento do parto, seja para dar segurança, para manter um vínculo afetivo, dividir a alegria do momento ou por quaisquer outros motivos.

Dentre as atividades de suporte que o acompanhante pode prover à parturiente, encontram-se atividades de apoio emocional, aquelas de conforto físico, como auxiliar no banho e na deambulação, e encorajar no período expulsivo (PINTO, 2003).

Estudos verificaram uma elevada satisfação das mulheres com a experiência do parto, quanto ao fato de terem recebido suporte emocional. (NAKANO, 2007)

Concluí-se então que o acompanhante visa o apoio constante à mulher, sua maior expressão é transmitir à parturiente maior segurança e conforto, o que é de suma importância para ela, levando em consideração que esse é um momento de transformação em que muitas vezes a solidão e o medo se fazem presentes. E é por isso que geralmente a pessoa escolhida é alguém próximo à mulher, proporcionando um maior vínculo afetivo.

REFERÊNCIAS

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRUGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5,Oct. 2005.

CARVALHO, M. L. M. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid= S0102-311X2003000800020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Dec. 2008

CARVALHO, M. L. O renascimento do parto e do amor. Rev. Estud. Fem., Florianópolis, v. 10, n. 2, Jul 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/

scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Dez. 2008.

HOTIMSKY, S. N.; ALVARENGA, A. T. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica?. Rev. Estud. Fem. , Florianópolis, v. 10, n. 2, July 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Dez. 2008.

LEÃO, V. M. et al. O papel da doula na assistência à parturiente. Disponível em: http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/pdf/reme/v10n1/a04v10n1.pdf. Acesso em: 01 Dez. 2008.

LEAO, M. R. C.; BASTOS, M. A. R. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, Mai 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/ scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Abr. 2009.

LEI Nº 11.108 - DE 7 DE ABRIL DE 2005 - DOU DE 8/4/2005. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/acesso_rapido/gtae/saude_da_mulher/lei_n_11108_acompanhante.pdf>. Acesso em: 22 Abr. 2009.

LOWDERMILK, D. L. O cuidado de enfermagem materna, 5ª ed., Porto Alegre: Artemed, 2002.

NAKANO, A. M. S. et al . O suporte durante o processo de parturição: a visão do acompanhante. Até paul. infere., São Paulo, v. 20, n. 2, Jun 2007

PINTO C. M. S; BAILE A. L. O; SILVA, S. F; UMA, L. A. K. O acompanhante no parto: atividades desenvolvidas e avaliação da experiência. REME Rev Min Infere. 2003; 7(1):41-7.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003, vol.19. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000 800023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Out. 2009.