

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



REFLEXÕES PRELIMINARES SOBRE A RELAÇÃO ENTRE A OCORRÊNCIA DE PREMATURIDADE EM BEBÊS E A QUALIDADE DO PRÉ-NATAL DAS MÃES

Pesquisadora:

ANDREA DA SILVA CRESPO BOSIO

Orientadora:

BARBARA RAUPP

Monografia de Conclusão do Curso
de Práticas Pedagógicas em Saúde/Grupo Hospitalar Conceição.

Junho, 2010

AGRADECIMENTOS

Aos meus pacientes pela motivação, de todos os dias, desejar ser uma profissional mais competente e mais humana.

As mães dos bebês da UTI Neonatal do Hospital da Criança Conceição pela confiança e pelo reconhecimento do trabalho realizado.

A minha orientadora Barbara Raupp por todos os ensinamentos extremamente válidos e por toda a paciência.

A minha chefe Catia Soares pela disponibilidade e pela oportunidade de realizar este trabalho.

Aos meus colegas de fisioterapia e de UTI pelo constante aprendizado.

A todos colegas e professores do curso de Práticas Pedagógicas com quem tive a oportunidade de conviver, especialmente as colegas Maria Elisa Toffoli e May-britt Cristina Heyer que ofertaram seu tempo e conhecimento com extrema boa vontade.

Aos colegas do GEP por toda ajuda nesta trajetória.

A minha família pelo apoio e por todo o amor.

Ao meu filho Bruno e ao meu marido Marcelo que fazem com que em todos os dias de minha vida o sol brilhe intensamente.

“(...)Finalmente, não é a razão que leva a ação, mas a emoção. Cada vez que escutamos alguém dizer que ele ou ela é racional e não emocional, podemos escutar o eco da emoção que está sob esta afirmação, em termos de um desejo de ser ou de obter. Cada vez que afirmamos que temos uma dificuldade no fazer, existe de fato uma dificuldade no querer, que fica oculta pela argumentação sobre o fazer. Falamos como se fosse óbvio que certas coisas devessem ocorrer em nossa convivência com os outros, mas não as queremos, por isso não ocorrem. Ou dizemos que queremos uma coisa, mas não a queremos ou queremos outra, e fazemos, é claro, o que queremos, dizendo que a outra coisa não pode ser feita(...)”.

Humberto Maturama

RESUMO

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem compreensiva com apoio na hermenêutica. Almeja identificar e refletir sobre alguns aspectos relacionados ao pré-natal de mães com recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital da Criança Conceição, saber como foi e qual sua qualidade. Também, conhecer o perfil destas mães e identificar dados referentes ao nascimento e as complicações apresentadas por esses prematuros. Com base no conhecimento produzido, reforçar os pontos positivos e fazer sugestões para aprimorar o programa de pré-natal na atenção primária, no setor de alto risco e o processo de trabalho na terapia intensiva neonatal do Grupo Hospitalar Conceição. Participaram do estudo oito mães de bebês prematuros nascidos com peso inferior a 1500 gramas e idade gestacional inferior a 34 semanas que estiveram internados na UTI Neonatal do HCC nos meses de março e de abril. Foi utilizada uma entrevista semi-estruturada como um dos instrumentos para a realização do estudo, que foi registrada em gravação para posterior análise. Outro recurso foi coleta de dados secundários em prontuário do recém-nascido. Foi identificada a adesão ao programa de pré-natal, dados referentes ao nascimento destes prematuros, causas que justificariam a internação dos bebês em UTI Neonatal e o desfecho da mesma, quando este ocorreu no período de desenvolvimento da pesquisa. Os resultados mostraram que estas mães são jovens, com níveis variados de escolaridade, renda familiar de um a quatro salários mínimos, casadas ou com companheiro em sua maioria, sendo esta a primeira ou a segunda gestação. São provenientes de Porto Alegre, da região metropolitana e do interior do estado. Utilizam serviços de atenção primária para consultas, vacinas e pré-natal. Suas experiências nestes serviços são bem variadas. Algumas relataram vivenciarem situações de cuidado e de dedicação, outras nem tanto. Em alguns locais as dúvidas são esclarecidas, as consultas e os exames são realizados e feitos em tempo e condições adequadas. Já em outros são gerados traumas em decorrência da falta de estrutura, de cuidado e de humanização. O número de consultas variou entre três e seis, sendo que a idade gestacional de nascimento desses bebês foi entre 27 e 34 semanas. As mães em quase sua totalidade não sabiam que teriam filhos prematuros e nunca tinham entrado em uma UTI Neonatal. Achavam que era um local apenas para o filho ganhar peso, desconhecendo todas as complicações e sequelas que podem advir de um nascimento prematuro. Os bebês passaram por muitos procedimentos e intervenções, entretanto o desfecho dos casos têm sido satisfatório em sua maioria. Estes resultados podem servir para sensibilizar mães, profissionais de saúde e gestores para atuarem na prevenção e na excelência do cuidado, visando evitar, quando possível, ou ao menos postergar um parto prematuro. Assim, teremos menos bebês e famílias expostas a tantos riscos com repercussões que podem se estender por toda uma vida.

Palavras-chave: Prematuridade. Pré-natal. Prevenção. Complicações. Sequelas.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

2.2 Objetivos Específicos

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4. ASPECTOS TEÓRICO-METODOLOGICOS

4.1 Local de Pesquisa

4.2 Tipo de Estudo

4.3 População e Amostragem

4.4 Coleta de Dados

4.5 Aspectos Éticos

4.6 Comunicação de Resultados

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

7. REFERÊNCIAS

APÊNDICES

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho visa refletir sobre a ocorrência da prematuridade e a realização do programa de pré-natal pelas mães destes recém-nascidos. Busca entender este processo, incluindo a adesão ao programa, número de consultas realizadas, qualidade dessas e as repercussões na gestação e no nascimento do bebê. Tendo em vista, o grande número de casos de prematuridade na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Grupo Hospitalar Conceição, local onde atuo, e a observação de casos de ausência ou número insuficiente de consultas de pré-natal, surgiu o anseio de tentar entender o que leva a esta deficiência no cuidado e quais consequências advêm desta, tanto na vida da gestante, como na do bebê.

A assistência pré-natal tem merecido destaque crescente e especial na atenção a saúde materno-infantil, que permanece como um campo de intensa preocupação na história da Saúde Pública. No Brasil, a persistência de índices preocupantes de indicadores de saúde importantes, como os coeficientes de mortalidade materna e perinatal, tem motivado o surgimento de um leque de políticas públicas que focalizam o ciclo gravídico-puerperal. Essas políticas têm se fundamentado principalmente no incremento da disponibilidade e do acesso ao atendimento pré-natal que tem sido confirmado como preditor significativo do prognóstico do nascimento.

MENEZES e col. (1998), ao estudarem fatores de risco para mortalidade perinatal, analisaram o peso ao nascer e mortalidade neonatal precoce e observaram risco mais alto para mortalidade em mulheres com menos de cinco consultas pré-natal. Baixo peso ao nascer foi o fator de mais alto risco para mortalidade perinatal. LAURENTI e col.(1985) ao estudarem a morbidade e mortalidade perinatal em maternidades, encontraram os mais altos coeficientes de mortalidade perinatal no grupo de mães que não fizeram pré-natal (44,5 por mil) e das que fizeram uma ou duas consultas (66,7 por mil).

A partir da década de 60, houve considerável incremento de recursos tecnológicos, somado a aplicação de novas técnicas nos cuidados neonatais, aumento do número de profissionais capacitados para o atendimento ao recém-

nascido grave e criação de novas unidades de tratamento intensivo neonatal. Os avanços no campo da medicina fetal, que trouxeram maiores conhecimentos da fisiologia da gravidez, do desenvolvimento fetal e de distúrbios relacionados ao conceito e à gestante, propiciaram um aumento da possibilidade de sobrevivência dos recém-nascidos de alto risco. A melhoria da assistência pré-natal, com a criação dos sistemas regionais integrados e hierarquizados de atendimento à gestante e ao RN, também contribuiu para a redução da morbimortalidade materno-infantil. Todos esses fatores resultaram, em última análise, na diminuição das taxas de mortalidade perinatal e neonatal com conseqüente aumento da sobrevida de recém-nascidos graves. Todavia, estes RN podem apresentar comorbidades que podem evoluir para seqüelas incapacitantes (Pinheiro e Vaz, 2003).

Crianças muito prematuras são uma população em risco de resultados anormais do neurodesenvolvimento. Muitos fatores de risco biológico têm sido encontrados sendo significativamente associados a alterações no desenvolvimento: baixo peso ao nascer, baixa idade gestacional, retardo de crescimento intrauterino, acidose, hipoglicemia, hemorragia intraventricular, leucomalácia periventricular, ventilação mecânica prolongada e displasia broncopulmonar (LEFEBVRE, 1998).

Recém nascidos prematuros possuem maiores riscos de apresentar alterações no desenvolvimento e sequelas que podem permanecer ao longo da vida. As complicações ocorridas a partir da prematuridade são umas das principais causas de mortalidade e de morbidades.

No dia-a-dia da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital da Criança Conceição - Grupo Hospitalar Conceição - acompanhamos muitos recém-nascidos prematuros. A equipe participa da vida destes bebês e de suas mães por vários meses, tendo em vista o nascimento de recém-nascidos bastante prematuros, às vezes, com apenas 25 semanas de idade gestacional. Estamos ali para recebê-los e para fazer tudo para que os recém-nascidos sobrevivam e tenham alta nas melhores condições possíveis; também para confortar e estimular as mães para que passem este período doloroso com forças suficientes para ajudar seu bebê e a si mesmas.

Entretanto, esta espera sempre me angustiou. Fazemos o nosso melhor quando o bebê já chegou à unidade, mas me pergunto sobre o que estamos fazendo para evitar que tantos bebês sejam prematuros ou que pelo menos atinjam uma idade gestacional mais próxima de um recém-nascido a termo. E assim, comecei a interessar-me sobre como funciona ou deve funcionar o programa de pré-natal, como e onde ocorre, se há o acesso, qual o número mínimo de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde, enfim, como é a qualidade do pré-natal das mães dos bebês prematuros que recebemos na UTI Neonatal. A intenção foi conhecer como funciona todo este processo e refletir sobre o que pode ser aperfeiçoado para evitarmos tantos casos de prematuridade e todas suas consequências: óbito do recém-nascido, longo período de internação com complicações variadas, sequelas que este bebê pode vir a ter e que podem comprometer toda sua vida; além de todo o sofrimento, pelo qual passam estes bebês e suas famílias.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Identificar e refletir sobre alguns aspectos relacionados ao pré-natal de mães com recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital da Criança Conceição.

2.2 Objetivos Específicos:

2.2.1 Conhecer o perfil das mães dos recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Grupo Hospitalar Conceição.

2.2.2 Investigar como foi realizado o pré-natal por estas mães.

2.2.3 Refletir sobre a relação entre a ocorrência do pré-natal e a qualidade deste.

2.2.4 Identificar dados referentes ao nascimento e as complicações apresentadas por esses prematuros.

2.2.5 Com base no conhecimento produzido reforçar os pontos positivos e fazer sugestões para aprimorar o programa de pré-natal na atenção primária e o processo de trabalho na terapia intensiva do Grupo Hospitalar Conceição.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde a atenção à saúde na rede básica, o atendimento de especialidades a nível ambulatorial até nível de internação hospitalar com procedimentos como transplante de órgãos. A política do SUS busca garantir o acesso integral e universal para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988, pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde de mais de 180 milhões de brasileiros. Além de oferecer consultas, exames e internações, o Sistema também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária – como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos – atingindo, assim, a vida de cada um dos brasileiros.

Antes da criação do SUS, que completa 22 anos em 2010, a saúde não era considerada um direito social. O modelo de saúde adotado até então dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada) e os que não possuíam direito algum. Assim, o SUS foi criado para oferecer atenção universal, eqüitativa, cuidar e promover a saúde de toda a população. O Sistema constitui um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção e assistência a saúde dos brasileiros (BRASIL. 1, 2009).

Instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) foi formulada a partir da sistematização de experiências do chamado “SUS que dá certo”. Ela reconhece que estados, municípios e serviços de saúde estão implantando práticas de humanização nas ações de atenção e gestão com bons resultados, o que contribui para a legitimação do SUS como política pública. O HumanizaSUS tem o objetivo de efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de atenção e gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção concomitante de saúde e de sujeitos

(Campos, 2000). Almeja-se um SUS humanizado, comprometido com a defesa da vida e fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva (BRASIL. 2,2009).

Existe também um programa específico de humanização no pré-natal e nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000. Baseado em análises de necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, este programa busca:

- concentrar esforços para reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal;

- adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal;

- ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção a gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência a gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações, como o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, do financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstetrícia e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes.

Com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde, foi desenvolvido o SisPreNatal que é um software desenvolvido pelo Datasus. No SisPreNatal está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Este sistema permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério (BRASIL. 3, 2009).

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) está ligado administrativamente ao Ministério da Saúde (MS), 100% SUS, composto por quatro unidades hospitalares: o Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), o Hospital da Criança Conceição (HCC), o Hospital Cristo Redentor (HCR) e o Hospital Fêmeina (HF). Junto ao HNSC funciona há 25 anos o Serviço de Saúde Comunitária (SSC), um serviço de Atenção Primária à Saúde (APS). Muitas das mães dos recém-nascidos internados na

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital da Criança Conceição são acompanhadas durante a gestação nestas unidades de atenção primária do SSC.

Este serviço é formado por doze postos de saúde instalados em bairros da Zona Norte de Porto Alegre. Caracteriza-se por ser um serviço de atenção primária à saúde, atendendo aproximadamente 125 mil pessoas nas zonas norte e nordeste de Porto Alegre cadastradas para um permanente acompanhamento de seu estado de saúde, por meio de ações e programas de promoção, prevenção e tratamento feitos por equipes multiprofissionais. Este serviço possui três finalidades: Atenção à Saúde da população (através das doze unidades de saúde); Ensino de pós-graduação (em Saúde da Família e Comunidade) e Produção de Conhecimento/Tecnologias em APS/SUS.

No SSC é realizado o programa de pré-natal em gestante de baixo e médio risco. Já as de alto risco são referenciadas para fazer o acompanhamento direto no hospital em um setor específico para este fim, podendo ocorrer internações destas gestantes, se necessário for.

A rotina do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é a realização de consultas mensais até o sétimo mês, passando então para quinzenais no oitavo e semanais no último mês (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO.1, 2008).

Conforme o Protocolo de Pré-Natal do SSC, a cada consulta de pré-natal deve-se procurar estabelecer um vínculo com a gestante; realizar exame físico; solicitar e ou avaliar exames complementares; diagnosticar e tratar precocemente intercorrências; identificar situações de risco e avaliar a necessidade de acompanhamento em outro ponto de atenção (ambulatório de alto risco ou hospital). Também, registrar as informações necessárias para o adequado acompanhamento no prontuário, no boletim de atendimento e na carteira da gestante (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO.1, 2008).

A prematuridade inclui todo recém-nascido (RN) vivo com menos de 37 semanas completas de gestação (<259 dias) contadas a partir do primeiro dia do

último período menstrual. A incidência é variável e depende de características populacionais (RADES; BITTAR e ZUGAIB, 2004).

Em decorrência da prematuridade podem ocorrer intercorrências (complicações) que podem ser resolvidas com ou sem comprometimento do recém-nascido. Essas comorbidades, podem originar patologias que irão desenvolver doenças crônicas e ou sequelas que podem comprometer o desenvolvimento do bebê. Alguns problemas mais comuns que estes recém-nascidos podem apresentar são:

- doença da membrana hialina, que causa grande dificuldade respiratória, por isso, faz-se todo esforço possível para ajudar a mãe a levar a gestação até o final;

- displasia broncopulmonar que é um distúrbio pulmonar crônico que pode afetar bebês que precisam de terapia de oxigênio extensiva ou respiradores artificial.

- hemorragia periventricular e intraventricular ocorrem com relativa frequência em prematuros e podem desencadear comprometimento de níveis variados ao longo da vida deste bebê. Podem estar associadas a rápida deterioração neurológica, a parada respiratória e a morte.

- persistência do canal arterial, às vezes, necessitando intervenção cirúrgica e podendo ocorrer sequelas.

- enterocolite necrosante é quando ocorre necrose de tecidos intestinais, necessitando de intervenção cirúrgica para retirada de porções comprometidas.

- icterícia patológica indica sobrecarga ou dano ao fígado, ou incapacidade de transportar a bilirrubina desde o fígado por meio do trato biliar até o intestino. É resultante de uma doença, condição ou toxicidade subjacente.

- infecção ou septicemia neonatal. Na literatura existem fatores de risco documentados para a sepse neonatal, dentre eles se destacam o trabalho de parto prematuro.

- anemia: desencadeia apnéias, que podem gerar sequelas, ou até mesmo

parada cardio-respiratória, que pode levar a morte.

- baixo nível de glicose no sangue (hipoglicemia): o cérebro necessita de um suprimento contínuo de glicose para o seu metabolismo e necessita de uma grande quantidade de glicose. RN com insulto hipóxico-isquêmico vai ter problemas com queda de pressão arterial e piora do fluxo sanguíneo cerebral, piorando a hipoglicemia e agravando a lesão hipóxico-isquêmica (MARGOTTO e GONÇALVES, 2004).

- retinopatia da prematuridade: pode estar associada a perda visual ou cegueira (fibroplasia retrolenticular). A retinopatia da prematuridade (ROP) é uma doença dos olhos associada ao bebê prematuro cuja gravidade é proporcional ao grau de prematuridade e de enfermidade do bebê.

- osteopenia da prematuridade: trata-se de um conjunto de condições que determinam alterações no processo de mineralização óssea (hipomineralização), levando a fragilidade do suporte estrutural deste. Nos casos mais graves (raquitismo da prematuridade), pode ocasionar o aparecimento de fraturas espontâneas (não traumáticas) nos primeiros anos de vida.

A criança prematura, que nasce com idade gestacional ≤ 36 semanas ou com peso ≤ 2500 gramas, terá anormalidades neurológicas transitórias durante o primeiro ano de vida, envolvendo postura, habilidades motoras finas e grosseiras, coordenação de equilíbrio, reflexos e, principalmente, alteração do tônus, sendo estas alterações resultantes da imaturidade neurológica do recém nascido pré-termo (GRESSENS, 2002; SAMSON, 2002; CASTRO, 2005).

Dergassies observou que os prematuros apresentavam diferenças no comportamento neurológico em diferentes idades gestacionais (DERGASSIES, 1977).

Melhores cuidados para as mães gestantes e o avanço na assistência em UTIs neonatais aumentaram a sobrevivência das crianças prematuras, no entanto, os bebês prematuros estão sob maior risco para déficits de desenvolvimento e condições de incapacidade do que os bebês a termo (TECKLIN, 2002; FORMIGA, 2004), pois as crianças prematuras nascem durante um período crítico de

maturação e de rápido crescimento cerebral fetal encefálico. Assim, o cérebro prematuro está mais suscetível a injúrias que o encefálico de recém-nascidos a termo (LENKE, 2003).

A diminuição da mortalidade infantil relatada nas pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) tem sido o resultado da compensação entre aumento da prematuridade e melhora dos cuidados para recém-nascidos prematuros (SILVEIRA, 2008; RUGOLO, 2005; BRUM, 2005).

Alguns estudos descritos por Silveira et al. 2008, referem aumento da prematuridade no Brasil, demonstrando taxas de prematuridade entre 3% e 15% em relação a todos os nascidos vivos no Brasil. Em Porto Alegre, no ano de 2007, o número de nascimentos foi de 17809 nascidos vivos, sendo que 10,4% deste índice são representados por crianças prematuras (SINASC, 2007).

Entre as causas perinatais de mortalidade infantil, 61,4% estão associadas com a prematuridade, como síndrome de sofrimento respiratório, hipóxia e outros problemas respiratórios. Isso confere a prematuridade um importante papel nos óbitos infantis. Assim, controle e manejo adequado representam intervenções potencialmente efetivas para a redução desta mortalidade (SILVEIRA, 2008).

4 ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

4.1 Local de Pesquisa: UTI Neonatal do Hospital da Criança Conceição.

4.2 Tipo de Estudo: Pesquisa qualitativa com abordagem compreensiva com apoio na hermenêutica.

Segundo Minayo (1994), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Em 1999 diz que a abordagem qualitativa não pode pretender o alcance da verdade, ou seja, o que é certo ou errado; deve ter como preocupação primeira a compreensão da lógica que permeia a prática que se dá na realidade.

Para Leopardi (2001), a pesquisa qualitativa aplica-se quando o interesse não está focalizado em contar o número de vezes em que uma variável aparece, mas sim que qualidade elas apresentam.

Minayo (2002) enfatiza a relevância do entendimento dos textos, dos fatos históricos, da cotidianidade e da realidade na qual ocorrem. Trata do movimento hermenêutico, que enfatiza o acordo e a importância da cotidianidade. A práxis hermenêutica, assentada no presente, penetra no sentido do passado, da tradição, do outro, do diferente, buscando alcançar o sentido das mais diversas formas de texto.

4.3 População e Amostragem:

A população foi constituída por mães de recém nascidos prematuros internados na UTI Neonatal do Hospital da Criança Conceição nascidos com peso até 1500 gramas e/ou com idade gestacional até 34 semanas.

A escolha dos sujeitos na amostra própria da pesquisa qualitativa se realiza através de critérios. Um critério é uma idéia ou um conjunto de idéias, emanadas do objetivo da investigação, que orienta a seleção dos sujeitos que participarão na pesquisa (TRIVIÑOS, 2001).

A amostragem intencional e qualitativa usou os seguintes critérios:

Critérios de Inclusão: Realizar oito entrevistas com mães de recém nascidos prematuros internados na UTI Neonatal do Hospital da Criança Conceição com o critério de que concordem em participar da pesquisa. Mães com idades inferiores a 18 anos poderão fazer parte da amostra, se atingirem outros critérios de inclusão. Neste caso, por serem uma população mais vulnerável, os termos da pesquisa serão esclarecidos em sua totalidade também para seus responsáveis legais. Estes deverão consentir a participação da menor na pesquisa; bem como, assinar juntamente com ela o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios de Exclusão: Mães ausentes ou que não concordem em participar do estudo.

4.4 Coleta de Dados:

Foram coletados dados secundários em prontuário do recém-nascido. Foi feito um levantamento sobre a adesão ao programa de pré-natal. Foram identificados dados referentes ao nascimento destes prematuros, incluindo peso, perímetro cefálico e tipo de parto, causas que justificariam a internação dos bebês em UTI Neonatal e o desfecho da mesma, quando este ocorrer no período de desenvolvimento da pesquisa.

Também, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (gravadas e registradas por escrito) com as mães dos recém nascidos prematuros internados na UTI Neonatal do Hospital da Criança Conceição a respeito do seu pré-natal. Nas entrevistas também foram observadas questões como idade da mãe, número de filhos, estado civil, profissão, grau de escolaridade e renda familiar.

Em sentido geral, uma entrevista é a comunicação verbal, num sentido mais restrito, é a coleta de informações sobre determinado tema.

A entrevista semi-estruturada é uma das formas possíveis de realizar uma entrevista, pode combinar perguntas fechadas e abertas. Nela o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2000). É uma conversa a dois, feita por

iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes a um objeto de pesquisa (MINAYO, 1993).

A entrevista semi-estruturada, segundo Triviños (1987) tem privilégio na pesquisa qualitativa, pois ao mesmo tempo em que valoriza a presença do pesquisador, oferece liberdade aos entrevistados. Em 2001, o autor afirma que ela se transforma em um diálogo vivo do qual participam duas pessoas, com objetivos diferentes, mas que podem se tornar convergentes. Ambos, entrevistado e pesquisador procuram construir um conhecimento relativamente comum para determinada realidade pessoal e coletiva.

4.5 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi apresentado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora Conceição - GHC.

A pesquisa teve início somente após aprovação deste comitê.

O responsável pelo local onde foi realizada a pesquisa - UTI Neonatal - assinou o Termo de Ciência referente à execução desta.

As mães foram informadas sobre a pesquisa, esclarecidas sobre coleta de dados e sobre as questões levantadas nas entrevistas, bem como sobre as formas de divulgação destas informações e compromisso da pesquisadora de sigilo quanto a sua identidade. Somente foram inclusos no estudo os sujeitos que concordaram com a proposta e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados pessoais das entrevistadas foram e serão mantidos em sigilo.

Mães com idades inferiores a 18 anos puderam fazer parte da amostra, quando atingiram outros critérios de inclusão. Neste caso, por serem uma população mais vulnerável, os termos da pesquisa foram esclarecidos em sua totalidade também para seus responsáveis legais. Estes consentiram na participação da menor na pesquisa; bem como, assinaram juntamente com ela o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O termo de consentimento livre e esclarecido foi apresentado em duas vias, sendo entregue uma cópia para a mãe, após a assinatura deste.

Foi explicitado que os dados seriam utilizados apenas para esta pesquisa, armazenados pelo período de cinco anos, conforme preconiza a Resolução 196 de 1996 IX.2."e". Após este tempo, as gravações das entrevistas serão destruídas.

4.6 Comunicação de Resultados

Os resultados serão divulgados para as mães participantes deste estudo, para seus responsáveis legais (caso sejam menores de 18 anos de idade), para a equipe da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, para o Serviço de Saúde Comunitária e para o de Alto Risco.

As mães destes bebês retornam mensalmente ao ambulatório do Hospital da Criança Conceição para acompanhamento destes com o médico neonatologista e com a equipe interdisciplinar, da qual faço parte, devido a serem considerados mais vulneráveis em decorrência de sua prematuridade. Assim, será facilitado este retorno dos resultados da pesquisa.

Quanto a UTI Neonatal, ao Serviço de Saúde Comunitária e ao Alto Risco, o retorno será por meio de exposição oral e por apresentação em formato de banner. Já para o Grupo Temático de Pesquisa em Gestão do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, ocorrerá através de entrega de relatório.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O material coletado através dos dados secundários e primários foi organizado e sistematizado segundo as questões de pesquisa e objetivos do estudo. Foram feitas leituras extensivas de todo esse material, e identificadas categorias empíricas (que emergiram) da coleta de dados, constituindo a análise do material empírico.

Com base na análise, nos objetivos e na fundamentação teórica do estudo fiz a descrição dos dados do pré-natal das mães dos bebês prematuros e levantei hipóteses sobre as possíveis relações entre qualidade de pré-natal e prematuridade, apontando facilidades e dificuldades de acesso e acompanhamento no programa de pré-natal.

Participaram do estudo oito mães com recém nascidos prematuros internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI) do Hospital da Criança Conceição (HCC) nascidos com peso inferior a 1500 gramas e ou com idade gestacional inferior a 34 semanas. As participantes responderam a entrevistas, e após foram destacados os aspectos mais significativos expressos pelas mães, quanto as questões propostas. Também, foram coletados dados secundários em prontuário do recém nascido.

Os dados coletados junto as mães participantes do estudo e aos prontuários de seus bebês estão apresentados, descritos e analisados através de gráficos e de citações de falas.

As mães participantes do estudo são jovens, apresentando idades entre 15 e 33 anos.

Relato de uma mãe com 15 anos de idade:

“O médico não me disse nada, mas na minha cabeça eu tinha que ia nascer antes, por causa da dor que eu sentia. Eu achava que não era normal aquilo. Entendeu? Por causa que tudo que eu fazia doía. Aí eu achei. Aí o médico começou a marcar, que nem ele marcava de mês em mês, aí ele marcou de quinze em quinze dias. E aquilo ali ele não quis, eu acho que ele sabia, tava imaginando, porque eu pensei assim, se ele diz que o espaço é pequeno, quanto mais o nenê vai crescendo, mais de certo, mais ligeiro ele vai nascer. Não vai ter espaço. E daí o médico começou a marcar as consultas uma mais próxima da

outra, porque de certo ele tava desconfiando de alguma coisa e não quis contar. Aí eu fiquei pra mim, assim, só que até comentei com o meu marido, até hoje eu fico com raiva, porque eu queria tirar uma foto e ele bem capaz que tu vai ganhar de sete meses". (Mãe 4)

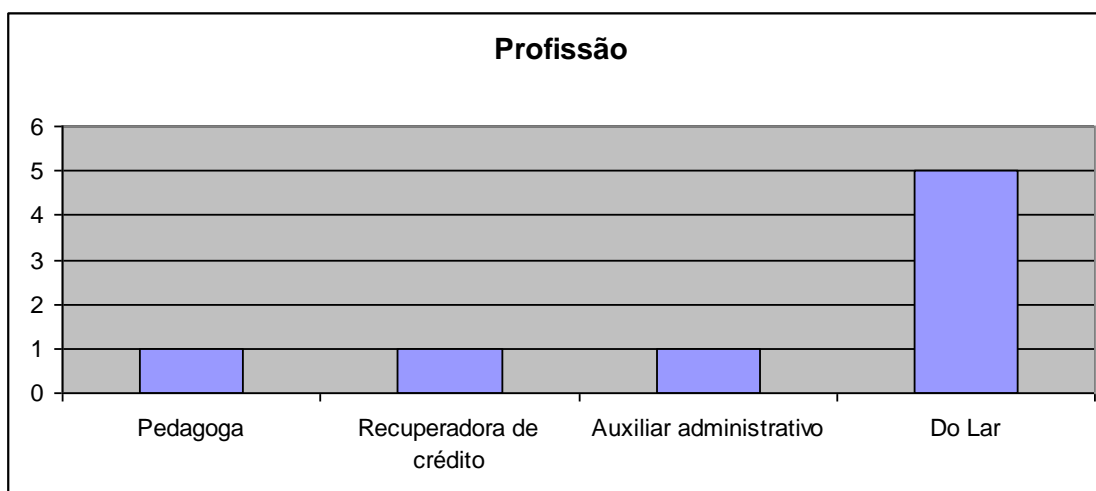


Gráfico 1. Distribuição de mães, segundo a Profissão

A mãe que trabalhava como recuperadora de crédito foi demitida da empresa em que trabalhava há quase três anos. No atual momento, aguarda decisão judicial para retomar o trabalho. A maioria das mães do estudo definem-se como do lar. Esta é nossa realidade de forma geral na UTI Neonatal.

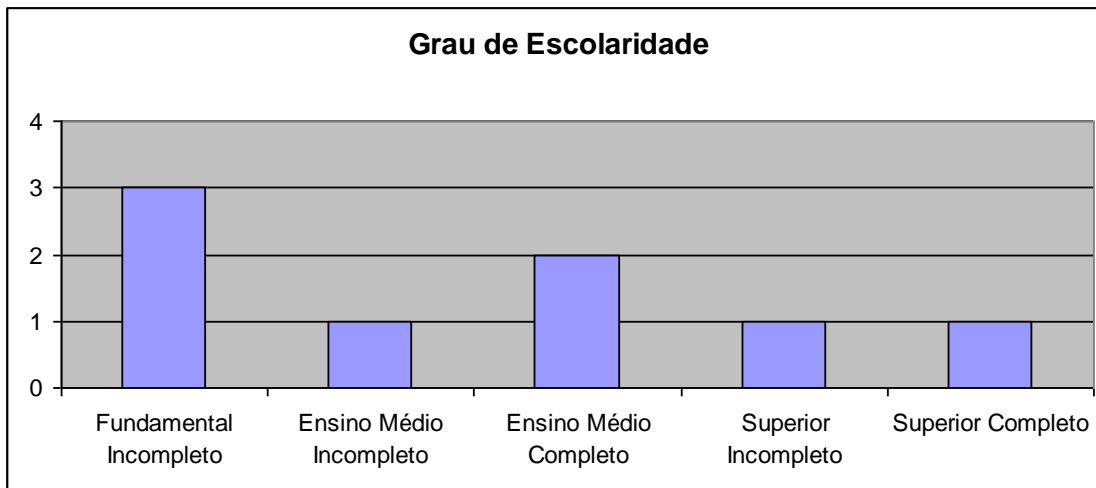


Gráfico 2. Distribuição de mães, segundo o Grau de Escolaridade

Como percebe-se pelo gráfico supracitado, nossa população possui variado nível de escolaridade, predominando o fundamental incompleto.

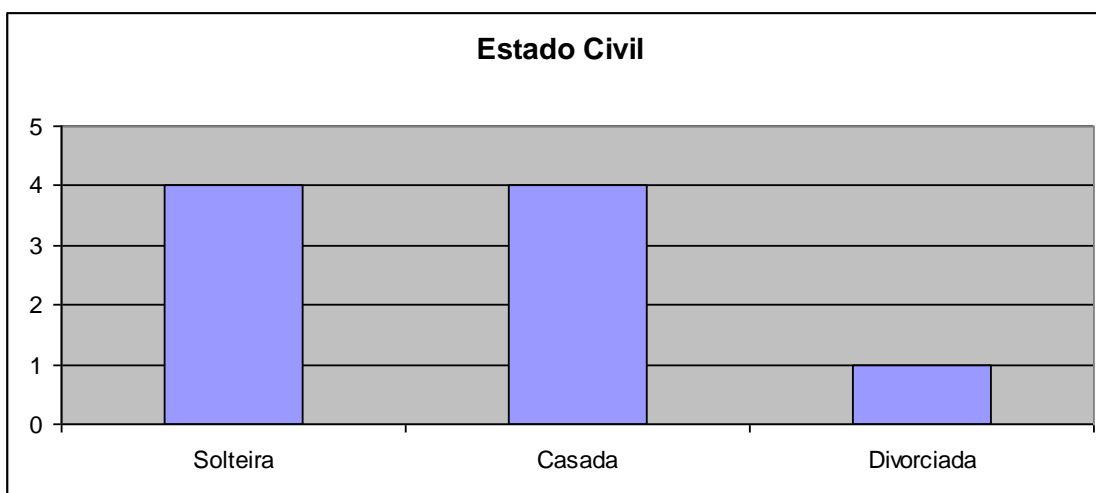


Gráfico 3. Distribuição de mães, segundo o Estado Civil

Das mães com estado civil solteira apenas uma não vive com o pai do bebê e a que é divorciada mora com o novo companheiro com quem teve o filho citado neste estudo.

Percebemos pelas entrevistas claramente a importância que a presença do pai desempenha para apoiar a mãe e promover segurança e tranquilidade para a família. Conforme relatam algumas mães em vivências positivas e negativas.

“Ele precisa da gente aqui. Meu marido tirou férias pra ficar com a gente aqui dentro do hospital. Então agora a aceitação é melhor”. (Mãe 8)

“Agora achamos melhor ficar aqui em Porto Alegre do que estar indo e voltando. Dia que eu não vinha, aí o meu marido vinha. Não deixamos um dia de vir visitá-lo”. (Mãe 5)

“É eu vou ter que fazer alguma coisa, porque pra início de história ela nem foi registrada ainda. E ele não ajuda com dinheiro, com alguma coisa que eu tô precisando, com alguma coisa pra ela, mesmo o que eu tendo ganhado no meu chá de fralda das pessoas, faltou talco, faltou pomada, faltou um monte de coisinha pra ela, faltou escovinha, não pergunta se ‘ah, ou tu quer que eu compre, ou tu quer dinheiro pra comprar. Ele queria o nenê, mas se eu soubesse que era pra não ajudar. Talvez seja porque ele é muito novo, tem vinte anos e os pais dele não gostam de mim, nem da pequena. E aí, decerto a mãe dele não deixa ele dar nada. Eles chegaram até falar pro guri que talvez não fosse dele, que era pra ele fazer o teste de DNA. Ele trabalha na Santa Casa de servente de obra. Então ele ganha, pelo que eu já ouvi falar é um salário bom, ele não ajuda porque não quer. Então o sem vergonha é ele. Não sei como funciona esse negócio de juiz, pensão, por enquanto vamos nos virando com o salário mínimo que a minha mãe recebe”. (Mãe 3)

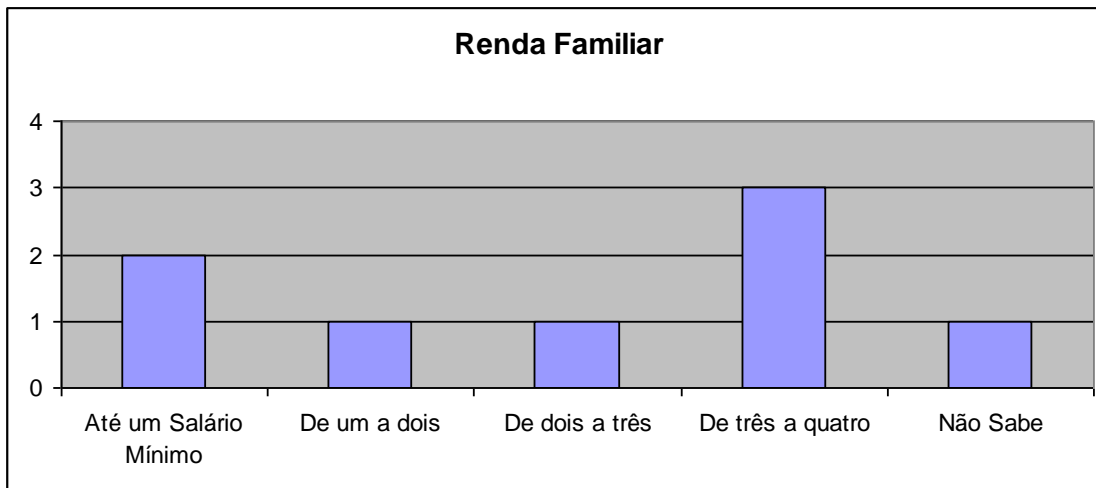


Gráfico 4. Distribuição das mães, segundo Renda Familiar

O padrão aquisitivo da nossa população é em geral baixo. Muitos não conseguem visitar os filhos, se não conseguem o transporte da prefeitura. Possuem, por exemplo, dificuldade de comprar leite, caso não possa ou consiga amamentar.

“É muito ruim tá de lá pra cá, daí eu vi assim um telefone e liguei. Eles falaram o valor, daí eu disse não, que era muito caro e a gente não podia pagar, daí ela perguntou por que, daí eu expliquei que o nenê tava na UTI Neonatal, que era prematuro, e pra gente ficar mais pertinho dele, porque a gente vem do interior e tava vindo todo dia de ônibus, só que tava caro. Daí a gente conseguiu ali, daí eles fizeram pelo valor só do condomínio, é mesmo só pra tomar um banho e pra gente descansar. A gente não tinha o dinheiro na hora, daí uns parentes emprestaram e depois a gente vai pagando”. (Mãe 5)

Percebemos que apesar das dificuldades financeiras, fazem sacrifícios...

“Eu fiz o pré-natal em Sapucaia mesmo. Fiz até o quarto mês pelo SUS e depois eu paguei as consultas particular até o sétimo. Foi no Clisam, Sapucaia do Sul. É uma clínica, só tem ginecologista e obstetra lá, clínica pra mulher. Eu achava muito demorado, aí tinha que ir muito cedo, pra consultar às nove horas

tinha que estar lá as sete, porque era por ordem de chegada, e também a fila não funcionava direito. E eu achava muito sujo. Eu levava a minha filha junto que eu não tinha com quem deixar. Daí o banheiro era muito sujo, na clínica era tudo sujo, e eu achava complicado. Eu não me sentia bem, sabe. E eu achava o médico meio antipático, cara fechada. E daí como eu já tinha feito o da minha filha com um médico particular, daí resolvi passar pra ele. Meu marido ganha pouco, mas achamos que valia o sacrifício. Eu achava as mulheres bem grossas também. Não me sentia bem pra conversar, pra perguntar, nada. Tinha até medo de perguntar. Achava que eles iam soltar as patas em mim". (Mãe 6)

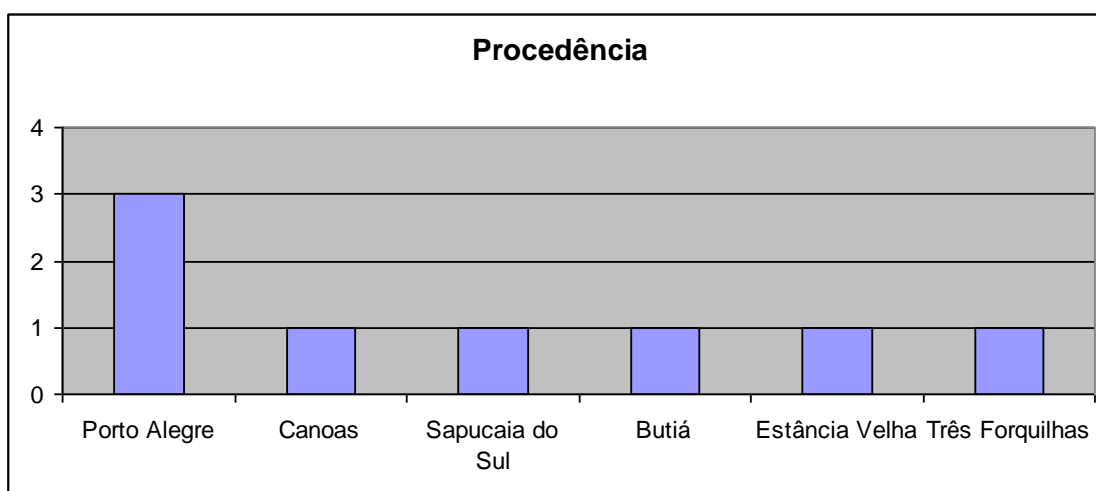


Gráfico 5. Distribuição das mães, conforme a cidade de Procedência

Nossa população é bem variada, por sermos um hospital de referência no Estado, recebemos pacientes de Porto Alegre, da Região Metropolitana e também do interior do Estado.

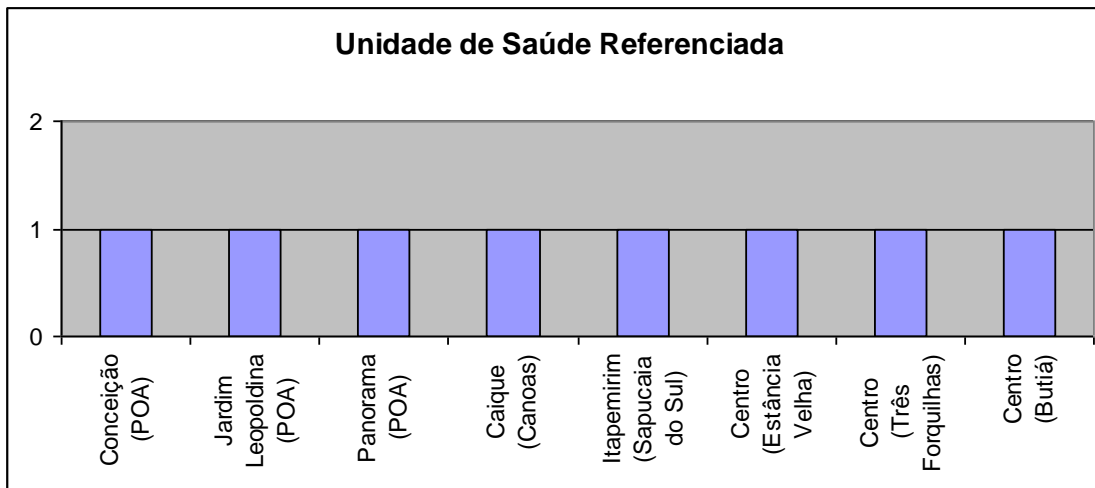


Gráfico 6. Distribuição das mães, segundo a Unidade de Saúde de referência

Vale ressaltar que apesar de ser obrigatório o contato da unidade de saúde de referência com a família para agendar a primeira consulta do bebê, apenas duas o haviam realizado, essas eram do serviço de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

“Depois que ele nasceu, foi uma médica residente, da medicina de família aqui do Conceição, conversar conosco no quarto. Ela já estava nos preparando para tudo que teríamos que oferecer pra ele, quando ele saísse. Depois de um mês ligaram para saber como estávamos e para saber se já havia previsão de alta”. (Mãe 1)

“Eles mandaram uma cartinha quando ela nasceu, que era pra ir lá marcar a consultinha dela e eles marcaram a enfermeira pra quando eu saísse daqui, pra me dar o comprimido e ver os pontos”. (Mãe 7)

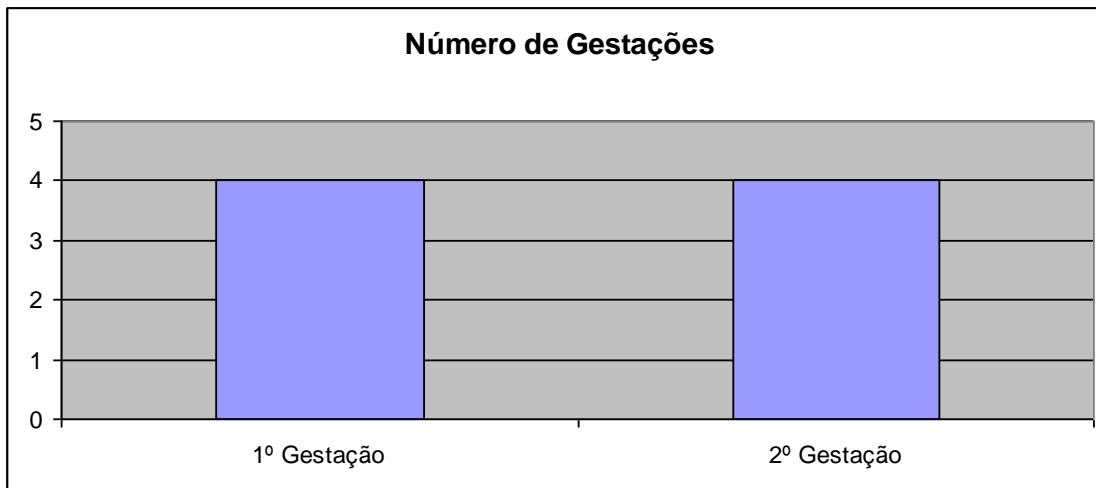


Gráfico 7. Distribuição das mães, conforme o Número de Gestações

As nossas mães da pesquisa tinham tido uma ou duas gestações apenas, mas esta realidade não pode ser generalizada para a população de mães de bebês internados na UTI Neonatal do Hospital da Criança Conceição.

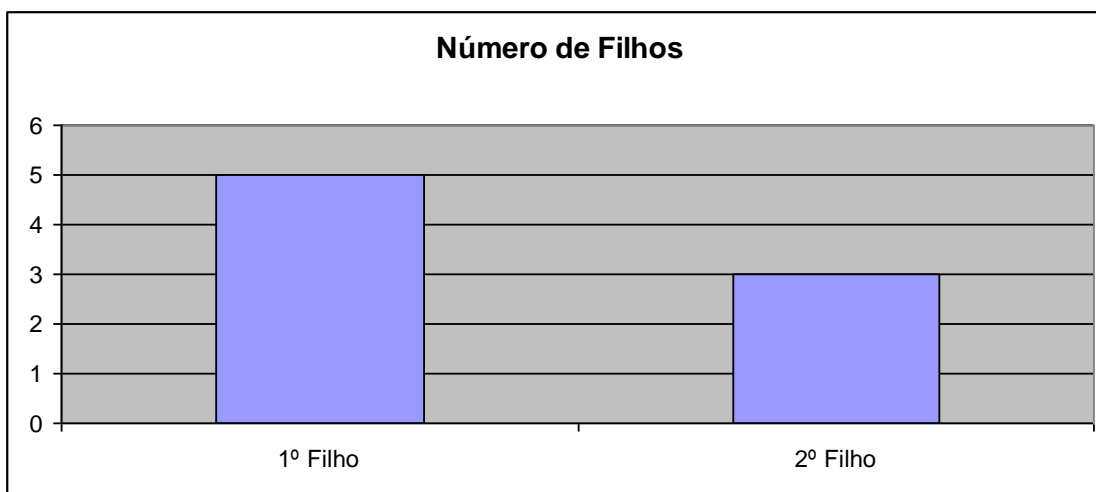


Gráfico 8. Distribuição de mães, segundo o Número de Filhos

Uma das mães entrevistadas apresentou um aborto espontâneo em sua primeira gestação em decorrência de complicações.

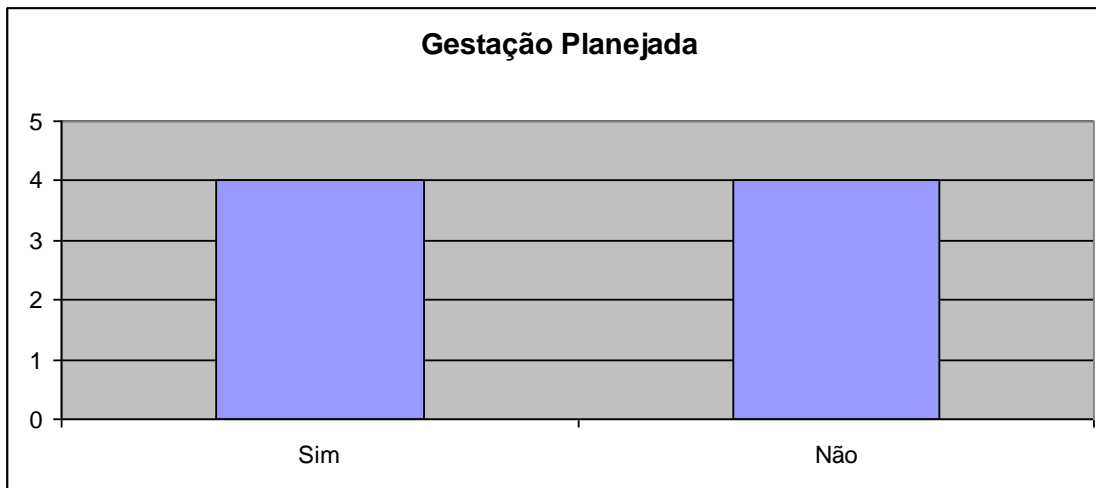


Gráfico 9. Distribuição de mães, segundo a Gestação se foi planejada

Todas as mães consultadas no estudo, que responderam que a gestação não havia sido planejada, destacaram que esta havia sido aceita. As mães eram presentes, demonstravam afetividade e interesse de amamentar seus filhos.

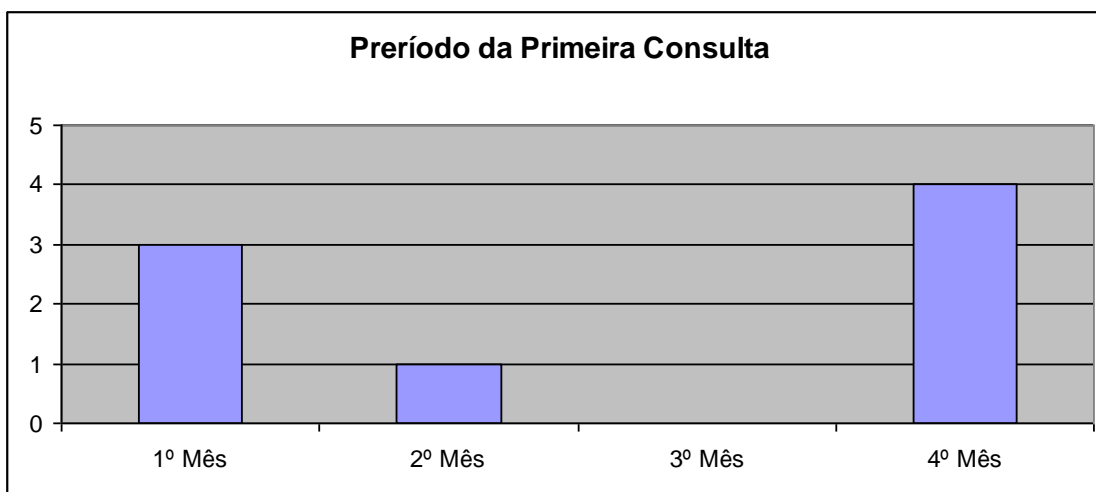


Gráfico 10. Distribuição de mães, conforme o Período da Primeira Consulta

Sabemos que o primeiro passo, e um dos mais importantes, para a prevenção da prematuridade é começar os cuidados pré-natais assim que a mulher descobrir que está grávida e mantê-los durante toda a gestação. As

estatísticas demonstram claramente que cuidados pré-natais realizados o mais cedo possível e de modo adequado, reduzem a incidência de nascimentos de bebês prematuros, da morbidade associada ao parto e ao período neonatal e da mortalidade materna e do recém-nascido.

Algumas mães começaram o pré-natal tardiamente porque demoraram para descobrir a gestação.

“Tinha que ir de madrugada, umas quatro, três horas da madrugada. Pro ginecologista acho que tinha que dormir a noite pra pegar o ginecologista lá. Mas daí como eu falei que eu descobri a minha gravidez atrasada, daí tem duas ficha de emergência, duas fichas, aí eles me botaram naquelas fichas pra mim consultar, porque elas marcam consulta só pro outro mês se não até que eu fosse... Já ia estar quase nascendo”. (Mãe 4)

Houve um caso em que a mãe preferiu fazer um plano de saúde para o parto e isto atrasou o início do pré-natal.

“Daí eu tinha um pequeno trauma, com o SUS e tal, de ganhar, eu pensava, você vai numa ginecologista, por exemplo, aí tem um monte pra ela atender, aí tem que ser muito rápido, então eu tinha medo assim, também... De ganhar aqui e tal. Daí a gente decidiu fazer um convênio com o Gente Saúde, porque lá eles vendem pacote pra parto, né, então a gente decidiu fazer esse. E por isso eu demorei até um pouquinho para começar a fazer o pré-natal, porque aí a gente teve que encaminhar tudo, ganhar dinheiro pra pagar”. (Mãe 1)

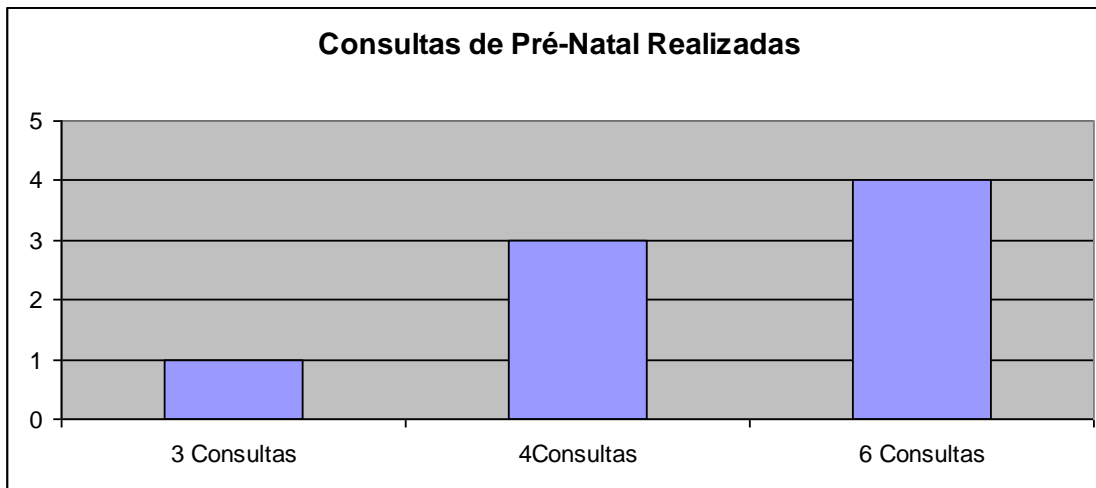


Gráfico 11. Distribuição de mães, conforme o número de Consultas de Pré-Natal Realizadas

No Brasil, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) estabelece que o número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no último. Entretanto, em virtude de nossa amostra ser de bebês prematuros, pode ser considerado cinco um número adequado de consultas. Este é o valor considerado no Ambulatório de Seguimento do prematuro do Hospital da Criança Conceição.

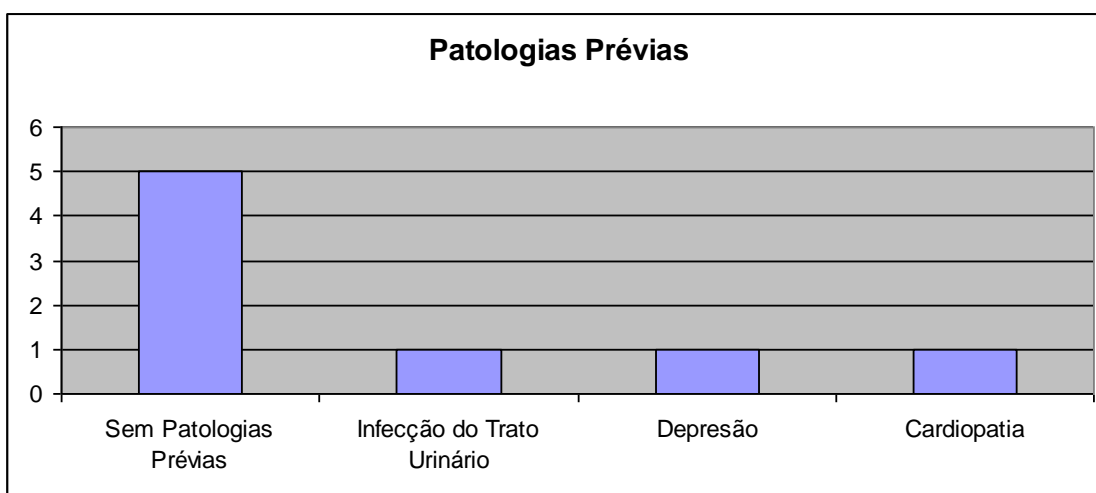


Gráfico 12. Distribuição de mães, conforme a existência de Patologias Prévias

Relato de uma mãe com cardiopatia:

“Eu fiz desde o início aqui, porque a outra gravidez eu comecei em Três Forquilhas, como lá a gente não tem suporte e como eu tenho problema de coração, já nem pegaram o meu caso. Daí eu fui pra Torres, isso na outra gravidez, daí eles mandaram pra Porto Alegre, pro Conceição. Pro Alto Risco. Daí dessa vez, agora, quando eu fiquei sabendo na quinta que eu tava grávida, na sexta eu já vim aqui. Vim e já fiquei internada, direto. Eu queria ter outro nenê, mesmo sabendo todos os riscos. Passei sete dias aqui internada, isso já na primeira consulta, daí estabilizou tudo, eu fui pra casa. Daí eu comecei a vir, toda a semana, duas vezes por semana, as vezes uma, fazendo exame aqui. Eu fiz uma correção de válvula mitral, foi de uma febre reumática. Na gravidez da minha filha comecei o pré-natal em Torres e daí eles me encaminharam para o Conceição e para o Instituto de Cardiologia. Dele eu consegui marcar só pra maio consulta lá no Cardiologia, mas já tô com ele aqui. Foi bem difícil conseguir essa vez lá, daí como foi marcado o cardio aqui, já fiquei. Não fiquei sem acompanhamento do cardio, só que vim aqui pro Conceição”. (Mãe 5)

Relato de uma mãe com depressão:

“Antes da gestação eu tomava fluoxetina, faz dois anos, desde que a minha filha nasceu. Quando descobri que estava grávida parei por minha conta. Depois com quatro meses de gestação liberaram para eu voltar a tomar, porque eu tava ruim, péssima. Foi horrível. Eu só ficava chorando”. (Mãe 6)

Conforme Correa (2004), a fluoxetina está entre o grupo de antidepressivos mais bem estudado pelo fato de ser o mais usado durante a gravidez. Entretanto, deve-se tomar cuidado, pois um estudo caso-controle recente levanta a hipótese de associação entre o uso dessa classe de antidepressivo após a 20ª semana de gestação e o aumento do risco de hipertensão pulmonar persistente em fetos expostos. Segundo Briggs (1998), alguns autores evidenciaram que gestantes que consumiram fluoxetina durante as primeiras doze semanas apresentaram índice

de abortamento elevado. Ela é contra-indicada, inclusive pela FDA (Food and Drugs Administration) durante a amamentação, sugerindo a necessidade de mais estudos para sua liberação. Para a Sociedade Brasileira de Pediatria, mesmo ciente dos riscos, o obstetra se depara com várias situações em que há necessidade de prescrever antidepressivos durante a gestação ou no pós-parto imediato. A participação da gestante durante o evoluir da gravidez é de grande importância pelo fator emocional e para que ela possa acompanhar ativamente o crescimento e desenvolvimento do conceito. Gestantes deprimidas aderem de forma inadequada ao pré-natal, pois não usam as medicações quando necessário, apresentam ganho de peso inadequado ou exarcebado e não fazem os exames de rastreamento para doenças durante a gestação.

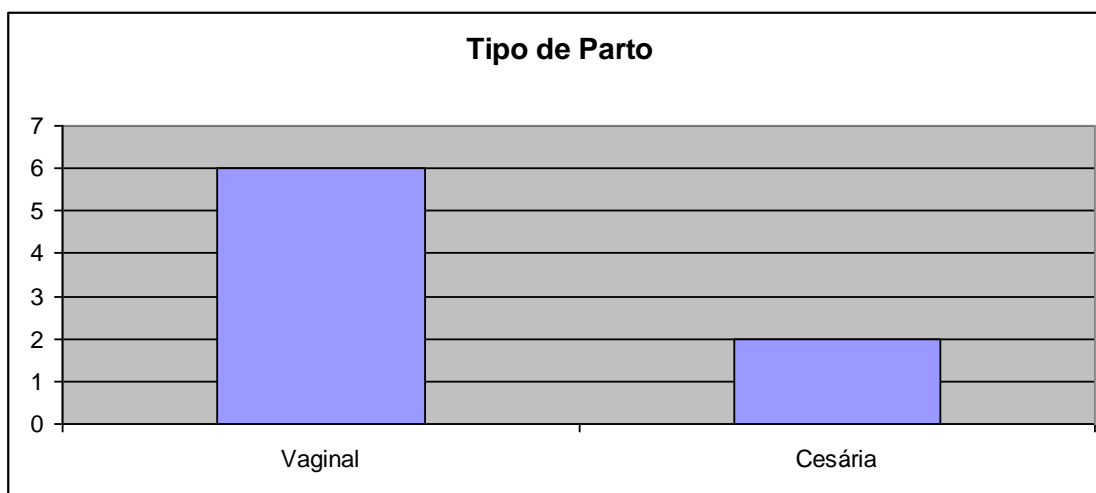


Gráfico 13. Distribuição de mães, segundo o Tipo de Parto

Relato de uma mãe que teve que realizar cesariana:

“Daí elas disseram assim, que por enquanto elas iam deixar pra ver se eu aguentava. Daí elas botaram soro, tudo direitinho, aí eles iam esperar mais um pouco pra ver se eu ia segurar, porque quanto mais eu segurasse, era melhor pro nenê. Que ela me explicou, que aqui ele ia usar oxigênio, se nascesse de sete meses, ia ficar na incubadora, se alimentar de sorinho, mas aí como não deu pra

segurar, que daí viram que tava alterando cada vez mais o sangue, eles tiveram que tirar”. (Mãe 3)

Caso de parto prematuro vaginal:

“Eu comecei com dor, daí eu fui pro hospital, daí eles falaram pra mim ficar em observação até o outro dia de manhã tomando soro. E daí umas oito horas saiu o tampão e daí, começaram a procurar a UTI, daí só acharam lá por umas dez horas, daí tinha que vim daqui a Samu, pra, porque tinha que ser com os médicos, porque eu podia ganhar no caminho. E daí no que chega em Novo Hamburgo, a Samu estraga pra ajudar. A ambulância de Novo Hamburgo teve que buscar os médicos no hospital, daí foram buscar. Daí eles pegaram, daí vieram comigo, já com quatro dedos de dilatação. Daí tava assim no tempo de contração tava indo começou de três em três minutos e depois de um e meio a um e meio. Daí tava bem. Lá mesmo eu já sentia ela querer sair, sabe, quando uma coisa se abre, assim, querendo sair, que nem sair uma bola, que não consegue passar, daí já senti ela querendo sair mesmo, daí uma dor horrível. A minha mãe sempre me dizia que no parto era bom ãh fazer força pra sair, só que eu não podia fazer força pra ela sair, senão ela podia morrer, né. E daí... E eu lá já tava fazendo força pra ela nascer e aí diziam pra mim respirar fundo e segurar. E daí eu falei, que segurar, meu? E daí eu fazia força pra sair, né, daí até que eu ganhei foi melhor que eu esperava”. (Mãe 2)

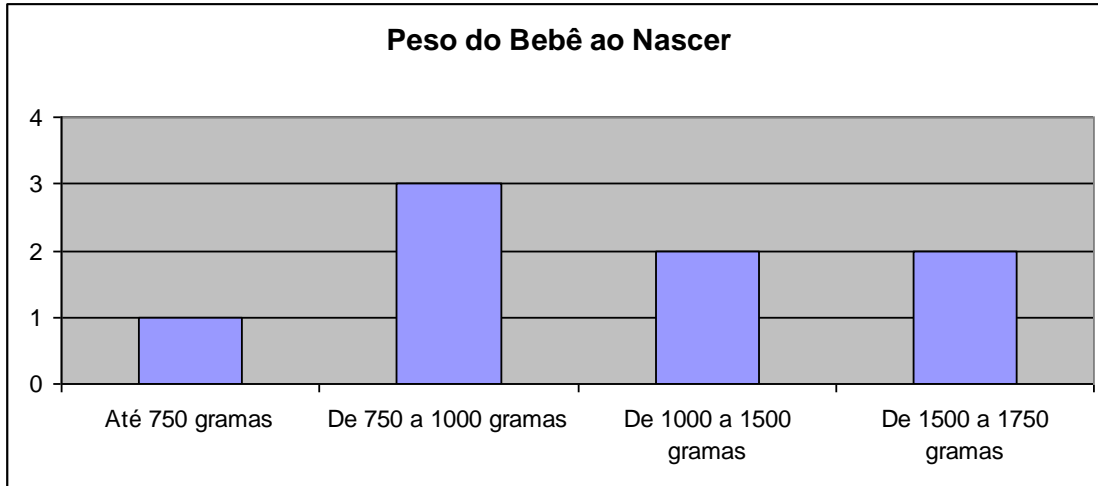


Gráfico 14. Distribuição de bebês, segundo o Peso ao Nascer

Antigamente, o nascimento de bebês prematuros era a causa principal de morte em recém-nascidos. O aprimoramento de técnicas de cuidados e de tratamentos aumentou a sobrevivência de bebês prematuros. Uma chance maior de sobrevivência associa-se ao aumento do tempo de gestação. Hoje aproximadamente 80% dos bebês nascidos com 28 semanas de gestação sobrevivem. Todavia, a prematuridade pode apresentar efeitos a longo prazo. Uma grande proporção de bebês que desenvolvem a síndrome da angústia respiratória como consequência da prematuridade apresenta problemas médicos permanentes ou que persistem durante a infância. Em geral, quanto mais prematuro e mais leve for o bebê, maior a probabilidade de ele apresentar complicações e prognósticos desfavoráveis.

Quadro 1 – Descrição de Dados de Nascimento dos Bebês

Mãe/RN	Idade Gestacional (semanas)	Peso ao Nascer (gramas)	Comprimento (cm)	Perímetro Cefálico (cm)	Apgar ao 1º min	Apgar ao 5º min	Apgar ao 10 min
RN 1	27	734	33	22	2	7	8
RN 2	30	995	38	24,5	2	5	6
RN 3	31	1270	40,5	28	2	6	8
RN 4	33	1749	39	30	8	9	-
RN 5	30	940	37	26,5	6	8	-
RN 6	32	1540	37	30	8	9	-
RN 7	34	1220	38	26	6	7	-
RN 8	27	880	34	-	6	8	-

Para algumas mães o nascimento antecipado do bebê é tão imprevisto, que essas não associam alguns sinais e sintomas com o parto.

Vivência de mãe com bebê que nasceu com idade gestacional de 27 semanas:

“A vinda dele com seis meses e meio foi um susto. Que a gente, eu não tinha nada. Nem cólica eu tinha, nada. Eu comecei com a contração, e não sabia que era contração, ninguém espera ter um bebê de seis meses e meio. Daí começou a contração, contração, eu passei a Sexta-feira Santa até o sábado com dor e eu achei, eu achando que era dor de barriga. É que eu tinha comido um cachorro-quente, eu achei que era disso. Aí chegou de manhã, não, já tinha botado tudo pra fora, aí disse pro meu marido olha acho que vamos ter que ir no médico, porque não passa a dor. Aí eu também achei que podia ser infecção urinária, porque já ardia pra fazer xixi. Aí ele me levou no hospital da ULBRA. Daí chegou no hospital e já estava com cinco centímetros de dilatação, e eles tentaram segurar ele ainda. Que o intuito do médico era segurar até mais ou

menos uns sete meses e meio. Não conseguiram, mas ainda deu tempo de tomar o corticóide, pra ver se amadurecia o pulmão dele mais rápido”.(Mãe 8)

Quadro 2 – Descrição de Ocorrências durante a Internação do Bebê na UTI Neonatal

Ocorrências Durante a Internação do Bebê na UTI Neonatal	
Tipo de Ocorrência	Quantidade
VM Invasiva	6
CPAP Nasal	8
Campânula	3
Oxigênio via incubadora ou cateter nasal	2
Uso Antifúngicos	1
Uso de Nutrição Parenteral (NPT)	6
Uso de Surfactante	5
Uso de Fototerapia	4
Uso de Fórmula para Prevenção de Osteopenia	6
Recebeu Transfusão Sanguínea	5
Doença da Membrana Hialina	6
Displasia Broncopulmonar	4
Persistência de Canal Arterial	2
Hemorragia Peri e Intraventricular	2
Enterocolite Necrosante	3
Hemocultura Positiva (Sepse Neonatal)	7
Alterações Teste do Olhinho	3
Alteração Teste da Orelhinha	2
Cirurgia (Correção de Canal Arterial Persistente)	1

Vale destacar que o parto prematuro é um importante desafio da Medicina Fetal. No Brasil, aproximadamente 7% das grávidas dão à luz antes de atingir a 38ª semana de idade gestacional. No Brasil existem poucos estudos prospectivos que forneçam descrição detalhada da população neonatal de alto risco e da sua morbidade após alta hospitalar. A prematuridade é responsável por grande parte das complicações pulmonares e neurológicas e dos óbitos intrauterinos e por aqueles que ocorrem no período imediatamente após o parto. Além disso, ela pode estar envolvida em complicações tardias, como sequelas neurológicas e prejuízos na visão. "Existe uma clara associação entre o risco de sequelas no recém-nascido e a idade gestacional do nascimento. Do total de partos prematuros, aproximadamente metade ocorre por trabalho de parto prematuro propriamente dito, com contrações e dilatação do colo uterino; outras causas comuns são: a ruptura da bolsa e doenças maternas ou fetais que necessitam da antecipação do parto e do nascimento prematuro do bebê", explica o assessor médico para Medicina Fetal do Fleury Medicina e Saúde, Mário Henrique Burlacchini de Carvalho.

Fala de mãe sobre o que achava que era a UTI Neonatal:

“Ao meu ver a UTI era só pra ele pegar peso. Ele tava entubado, lógico, ele não sabe respirar, aquela coisa toda, mas eu achava que ele ia ficar aqui uns três meses pra pegar peso. Nós não, a gente não pensou também que ele ia ter todos esses problemas que ele tá tendo. A enterocolite, agora a valvulazinha essa, né, o soprinho que ele vai ter que operar, mas tudo isso veio vindo gradativo, que os médicos daqui explicam muito bem e deixam a gente sempre ciente do que pode e o que não pode acontecer com ele. A gente sabe que a cirurgia que ele vai fazer hoje é de risco. Mas se for tudo bem é a chance que ele tem de levar. A gente tem toda a ciência do que tá acontecendo. E agora parece que a UTI tá mais presente. Antes era uma coisa que, ah, acontece com todo mundo, menos comigo. Mas quando a gente se depara com isso, a gente é obrigado a digerir porque não tem como deixar ele sozinho. Já vai fazer um mês agora que ele nasceu e ele nunca saiu desse ambiente aqui. Então já é mais fácil. Mas, a gente fica triste porque todo mundo que tem um bebê quer levar pra casa”. (Mãe 8)

Outra mãe, que pensava que o bebê ia para a UTI apenas para ganhar peso e que desconhecia todos os riscos de um bebê nascido prematuramente:

“Quando soube que ele vinha pra Uti, eu fiquei segura. Depois eu fiquei apavorada. Eu achava que ia ser só tempo dele pegar peso e ir embora. Mas aquilo era necessário. Depois teve vários outros problemas, ele fez uma biópsia, depois ficou cinco dias sem respirar. Ele não fazia nenhum movimento, ficou no máximo de oxigênio possível. Nesses cinco dias eu fiquei até meio preparada. Fiquei com medo de perder ele. E agora tem uma hérnia nele, também. Vai ter que fazer cirurgia”. (Mãe 6)

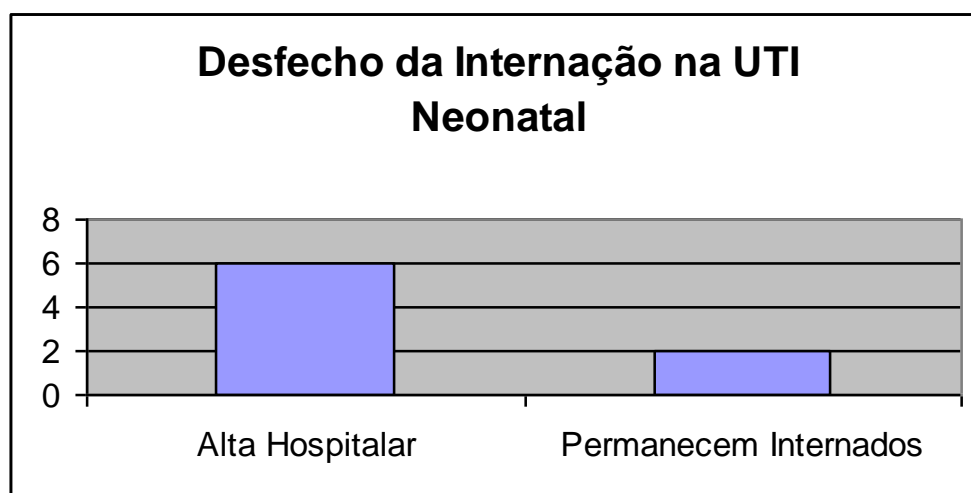


Gráfico 14. Distribuição de bebês, conforme o Desfecho da Internação na Uti Neonatal

Uma das mães em decorrência de problemas apresentados durante a gestação teve repercussões consideráveis.

“Eu tive vários problemas dela, eu tive, se eu não me engano, três ou dois enfarte, eu tive a eclâmpsia aquela que dá no parto, tive duas convulsão, a minha pressão se encontrou as duas, subiu lá em cima, aí a médica do CO (Centro Obstétrico) disse pra mim essa é a primeira e a última filha minha. Não posso ter mais. A minha pressão antes era baixa. Era normal assim. Aí agora tá sempre alta,

tanto que eu saí do hospital com remédios controlado”. (Mãe 3)

Minayo (1996) ressalta a importância de entender o texto, a fala e o depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e de um processo de conhecimento (expresso em linguagem), resultantes de múltiplas determinações, mas com significado específico. O texto é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o intérprete fazem parte de um mesmo contexto ético-político; e, onde o acordo subsiste ao mesmo tempo em que as tensões e as perturbações sociais. Também, destaca a necessidade da fala ser colocada em seu contexto, para entendê-la a partir de seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida.

Deve-se lembrar sempre que o Programa de Humanização no Pré-natal e no Nascimento está estruturado segundo os seguintes princípios:

- toda gestante tem o direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- toda gestante tem direito a assistência ao parto e ao puerpério e que seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico;
- todo recém-nascido tem direito a assistência neonatal de forma humanizada e segura.

Relato de (DES)Humanização no Pré-Natal:

“Daí aconteceu que em janeiro eu tive também um sangramento, aí depois eu vim pra cá e daí me traumatizei de vez aqui, porque, ãh... Pra emergência, os médicos que me atenderam foram ótimos, assim, me examinaram, só que daí na hora de me dar o laudo, um médico que não tinha nada a ver, não me examinou,

não conversou comigo nada antes, ele só chegou pra fazer meu laudo de internação, ele disse ‘ah, tu tá perdendo o teu bebê e não tem muito o que fazer por ti aqui, então tu vai ficar aqui na sala de recuperação porque a qualquer momento vai ter que fazer uma curetagem’. E eu tá, e, mas por quê? Tipo, eu levei um choque, assim. E ele, ‘não, tu teve um descolamento de placenta e daqui a pouco você perde o seu bebê. Então tu fica aqui e espera. Só tem que esperar’. E eu esperei, né. ‘Ah, mas tu é nova’. Eu digo, não mas eu quero, eu sou nova, eu posso ter outros filhos, mas eu quero esse. Daí ele, ‘ah, foi planejado?’ Eu disse, olha, foi desejado, foi planejado, mas eu não parei pra, eu ia começar a fazer um tratamento pra engravidar. E ele, ‘é, eu sabia que ele não tinha sido planejado’. Ele não deixou nem eu terminar de contar pra ele. Eu acho que ele me tirou pra guriazinha. Essa aí engravidou e não, né, quem sabe até quis abortar e tá se fazendo aí. E daí eu fiquei tri mal”. (Mãe 1)

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN/2000; Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000) do Ministério da Saúde (MS) foi instituído com o objetivo declarado de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido. Quanto à assistência à gestação, o PHPN/2000 determina os parâmetros de acesso e frequência do atendimento e a solicitação de exames complementares básicos. No entanto, o Programa não menciona as atividades clínico-obstétricas de execução obrigatória numa consulta pré-natal, permitindo apenas uma análise parcial do processo da assistência à gestação.

“Ah, eu acho que o atendimento é muito ruim lá. Porque até nas minhas consultas de pré-natal o médico, eu chegava na sala pra consultar com ele, ele pulava consulta, ou às vezes ele esquecia de medir a minha pressão ou ver o peso, acho que também talvez tenha sido isso que eu tenha ganhado ela antes. Quando era com a enfermeira ela via direitinho. Agora com ele. Até que eu disse pra mãe, bah mãe, ele atende bem relaxadamente ali, e se acontece alguma coisa, se eu tenho alguma coisa, eu nem sei, né, porque ele atende mal. Se tu

perde uma consulta, elas te xingam um monte. Pra marcar, elas marcam digamos, é só na quarta-feira que é o dia de consultar com o médico esse, né, aí elas marcam lá pra outra. Ah, tem que ficar esperando até o médico chegar. Às vezes tá marcado pras dez, ele chega às onze. Aí ele chega, ele fica sentado jogando joguinho no celular, ou ele fica no computador dele, ou ele fica caminhando pelo corredor, pra depois vir atender as pessoas. Aí se tem algum problema grave é capaz da pessoa morrer ali mesmo e ficar por isso mesmo. Olha, eu nunca tirei dúvida com ninguém lá. Porque elas não param pra sentar contigo e conversar que nem vocês aqui. Elas tão sempre correndo, elas tratam a gente mal, elas dizem 'ah depois'. Aí a gente desiste, não vai ficar morando lá no posto, esperando a boa vontade delas". (Mãe 3)

A literatura especializada faz menção a associação entre pré-natal inadequado e riscos maternos e fetais. BEHRMAN e col. (2002) citam como fator associado a gestação de alto risco e RN de alto risco, o restrito e inadequado acesso aos cuidados do pré-natal.

"O ginecologista tem uma vez por mês e às vezes ele deixa de vir dois ou três meses. Aí se tu tiver ganhando nenê tem que vir pra cá, ou pros Ratos, mas, aí lá não tem essas coisas. Tem que correr pra algum lugar, por que não tem tudo, que nem aqui tem vários médicos. Lá não tem nada. Nem pra uma dor de dente, acho que tu não consegue um médico. Lá tem pediatra também é uma vez por mês ou duas vez por mês. O atendimento lá é péssimo, péssimo. Tu fica acho umas quatro, cinco horas esperando, e quando chega lá o médico olha na tua cara, pergunta como tu tá e te manda embora, não dá remédio, não pede exame. Nada". (Mãe 4)

Descrição de uma vivência positiva acerca do pré-natal:

O atendimento é bom, os funcionários são bem atenciosos. Os médicos são gente fina. Se tu vai de manhã tem o médico pra tarde mesmo, que tu já consulta, ou no máximo em dois dias. Tem o acolhimento que é com a enfermeira. Ela vê se

tem que ser no mesmo dia ou se pode esperar. Lá no posto também têm esses grupos, né, de que vai um monte de pessoas. Mas eu não cheguei a ir, como eu trabalhava, não dava pra mim ir”. (Mãe 7)

As experiências são diversas também quanto ao parto:

“Quando eu fui pra ganhar, lá na sala tinha uma médica, aqui da UTI Neo, daí ela disse ‘olha, o teu parto vai ser diferente, a gente não vai, quando nascer não vai poder colocar ele em cima de ti, como a gente faz. Vai ser tudo muito rápido, eu vou pegar, ele vai nascer eles vão me dar e eu vou sair correndo, já, pra fazer todos os procedimentos, cuidar do que é melhor pra ele, tu não fica preocupada e tal, me explicou tudo como é que ia ser. Então, daí, já fiquei mais tranquila, assim logo eles levaram assim e daqui um pouco já voltaram. Um voltou e já me disse que tava tudo bem, que ele já tava indo pra Neo. Daí quando eu saí da sala de parto eles tavam saindo junto, eles pararam com ele, pra mim ficar, pra mim olhar pra ele, né, e depois levaram e tal. Até achei, bah, isso muito legal assim, sabe. O meu marido que acompanhou tudo, assim, disse que eles iam correndo assim, né, hospital a fora com ele. Daí até, daí o medo que eu tinha, assim, de ganhar, até passou, assim, porque o médico que me atendeu foi super querido, assim, enfim parou, passou o medo também. Vi que não é nenhum bicho de sete cabeças ganhar aqui, até o próximo, se tiver, até penso, assim, não tenho mais medo daqui, de ganhar em hospital público, assim. Passou”. (Mãe 1)

Uma mãe do interior relata com satisfação ter tido um lugar para fazer o parto e ter como o seu bebê receber os cuidados necessários de uma UTI Neonatal:

“Até quando eu entrei no hospital, da outra vez que eu tinha ido embora e daí quando eu voltei pra ganhar ele eu cheguei ali e daí ela disse bem assim pra mim eu não sei se vai ter leite pro teu nenê, porque se ele nascer de sete meses ele vai ter que ir pra UTI. Aí eles deram um jeito e conseguiram. Isso que eu fiquei muito feliz, porque vai saber aonde é que eu ia atrás de outro médico, de outro

hospital pra ver. Onde é que eu ia bater, eu ia ganhar no meio da estrada!” (Mãe 4)

Também, vale destacar vivências na UTI Neonatal.

“Aqui da UTI não tenho do que reclamar, bem pelo contrário, sabe, vejo assim a atenção com, de todas as áreas, sabe, dos médicos, da área de vocês, da fisioterapia, as enfermeiras, também, vejo assim que é tudo, eles são bem, assim, bem cuidados, são todos muito atentos. Os médicos são muito fora do comum. E até, assim, enfermeiras, assim, adoro de paixão. Tu vê que tem umas que tem um cuidado a mais, sabe, sei que tem umas que gostam de estar aqui. Tem umas que tratam o teu filho que tu te sente tri bem, que tu sabe que ah essa eu posso deixar. E têm outras assim que, claro, tratam com muito cuidado, não tenho que reclamar de nenhuma, só que tu vê, claro que tem umas que têm um carinho muito maior do que, do que outras, assim, né. Mas acho que também não querem se envolver, devem se apegar. Olha, eu até fiquei tranquila e vim pra cá porque eu sabia, já ouvi falar que aqui é uma das melhores UTIs”. (Mãe 1)

As mães falam o que estão achando da UTI e sempre usam como comparação suas experiências anteriores.

“Ah, aqui é excelente, ótimo, porque em vista do que a gente vê lá pra fora, né, é muito bom. Toda hora que eu ligo, sempre eles atendem, falam direitinho”. (Mãe 4)

Uma mãe refere não ter sido bem esclarecida sobre as condições de sua filha.

“Antes quando ela tava no quinto andar eu tinha bastante dúvidas, mas agora que eu vim aqui pra cima, pro sexto andar, eu acho que elas se esclareceram sozinhas”. (Mãe 2)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que ao entender melhor as causas da prematuridade, ampliam-se as possibilidades de diminuir os casos e suas possíveis consequências. Ou seja, têm-se melhores condições de escolher ações, recursos, instrumentos, métodos e técnicas efetivas para diminuir o número de ocorrências e para postergar o parto prematuro ao máximo possível, com o devido cuidado de não expor mãe e bebê a riscos. Quando sabemos, como ocorre o pré-natal e quais são as facilidades e dificuldades de acesso, conseguimos incrementar e valorizar os pontos positivos, inclusive aproveitar experiências de outros locais; bem como, sanar ou minimizar problemas.

Precisamos conhecer nossa população, saber qual é o seu perfil, quais são suas necessidades e anseios.

A prevenção do parto prematuro depende do reconhecimento e da redução dos fatores de risco maternos e fetais. Assim, é de extrema relevância a reflexão sobre o pré-natal e suas implicações.

A inquietação a partir de minha vivência cotidiana da questão me levou a considerar a prematuridade como problema importante a ser pesquisado e, sabendo que está relacionado com a qualidade do pré-natal das mães, a investigar como se deu o processo de realização do mesmo.

A amostra citada no trabalho é apenas uma pequena parcela de nossa realidade. Abrange mães presentes e participativas.

Vale ressaltar que existe uma grande parcela de mães que não faz pré-natal, tem várias gestações e filhos e, as vezes, até mesmo abandona os bebês na UTI Neonatal. Cada vez mais deparamo-nos com casos de mães drogaditas, que têm o bebê e fogem do hospital. Estes recém-nascidos, muitas vezes, com complicações e sequelas decorrentes do uso de drogas durante sua gestação, acabam indo a óbito ou para a adoção.

As mães em quase sua totalidade não sabiam que teriam filhos prematuros e nunca tinham entrado em uma UTI Neonatal. Achavam que era um local apenas para o filho ganhar peso, desconhecendo todas as complicações e sequelas que

podem advir de um nascimento prematuro. Os bebês passaram por muitos procedimentos e intervenções, entretanto o desfecho dos casos têm sido satisfatório em sua maioria.

Acredito que a prematuridade é um tema que deve ser cada vez mais estudado e aprofundado para que continuamente possamos conseguir diminuir os riscos na gestação, no parto e no puerpério.

Estes resultados podem servir para sensibilizar mães, profissionais de saúde e gestores, para atuarem na prevenção e na excelência do cuidado, visando evitar, quando possível, ou ao menos postergar um parto prematuro. Assim, teremos chances de evitar tantas mortes de bebês e de gestantes e complicações que podem estenderem-se ao longo de uma vida, desestruturando famílias e causando sofrimentos desnecessários e preveníveis.

10. REFERÊNCIAS

- BRASIL. 1. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em 09 de outubro de 2009
- BRASIL. 2. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**. Disponível em: <www.humanizabrasil.org.br>. Acesso em 09 de outubro de 2009
- BRASIL. 3. Ministério da Saúde. **Sisprenatal**. Disponível em: www.datasus.com.br/sisprenatal. Acesso em 09 de outubro de 2009
- BRUM, E.H.M; SCHERMANN, L., **Intervenções Frente ao Nascimento Prematuro: Uma Revisão Teórica**. Rev. Scientia Médica, Porto Alegre: PUCRS, v.15, nº1, jan/mar 2005.
- CASTRO, G.G., **Caracterização das Crianças Prematuras Nascidas na Cidade de Patrocínio, MG, no Ano de 2004: Uma Contribuição da Fisioterapia para o Programa de saúde da Criança**. 2005.65f. Dissertação de Mestrado da Universidade de Franca, Franca, SP
- DARGASSIES, S.A. **Neurological Development in the Full-term and Premature Neonate**. Excerpta Medica, Amsterdam 1977.
- FIGUEIREDO, N.M.A. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.
- FORMIGA, C.K.M.R., PEDRAZZANI, E.S. et TUDELLA, E., **Desenvolvimento Motor de Lactentes Pre-termo Participantes de Um Programa de Intervenção Fisioterapêutica Precoce**. Rev. Bras. Fisioter. Vol 8, nº3(2004):239-245
- GRESSENS, P; ROGIDO, M; PAINDAVEINE, B; SOLA, A. **The Impact of Neonatal Intensive Care Practices on the Developing Brain**. J Pediatr 2002;140:646-53.
- GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. 1. **Manual de Rotinas de Atenção à Saúde da Gestante no Serviço de Saúde Comunitária**. 2008
- GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. 2. **Serviço de Saúde Comunitária**. Disponível em www.ghc.com.br. Acesso em 09 de novembro de 2009

KESSENICH, M. **Developmental Outcomes of Premature, Low Birth Weight and Medically Fragile Infants.** Rev. Newborn and Infant Nursing Reviews, vol 3, nº3, set/2003:80-87

LEFEBVRE, F.; et al. **Nursery Neurobiologic Risk Score and Outcome at 18 Months.** Acta Paediatrica, 1998; 87:751-7.

LENKE M.C. **Motor Outcomes in Premature Infants.** Medscape 200 3;3(3):104-109

LEOPARDI, M. T. Et al. **Metodologia da pesquisa na saúde.** Santa Maria: Pallotti, 2001

MARGOTTO, P.R; GONÇALVES, M.V. **Hipoglicemia Neonatal.** XVII Congresso Brasileiro de Perinatologia, São Paulo, 13-16 de novembro de 2004

MINAYO, M.C.S et al. **Pesquisa Social - Teoria, método e criatividade.** 13ª ed., Petrópolis: Vozes,1999

MINAYO, M.C.S 2002. **Hermenêutica-Dialética como caminho do pensamento social.** In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (Org.) Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 8ª ed., São Paulo: Hucitec, 2004

MONTEROSSO, L; KRISTJANSON, L; COLE, J. **Neuromotor Developmental and the Physiologic Effects of Positioning in Very Low Birth Weight Infants.** JOGNN, Vol 31, nº 2, mach/april 2002:138-146

PINHEIRO,M.I.C; VAZ,F.A.C., **Morbidade neonatal e pós-neonatal de crianças de alto risco nascidas no Hospital Geral Dr. César Cals em Fortaleza – Ceará.** Revista de Pediatria de Ceará, Fortaleza,4(1): 24-32, jan-jun.2003.

RADES,E; BITTAR,R.E; ZUGAIB,M. **Determinantes do Parto Prematuro Eletivo e os Resultados Neonatais.** Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2004

RUGOLO, L.M; **Crescimento e Desenvolvimento a Longo Prazo do Prematuro Extremo.** J. Pediatr (Rio J). 2005;81(1 Supl):S101-S110

SAMSON, J.F; GROOT, L; CRANENDONK, A; et al. **Neuromotor function and school performance in 7-year-old children born as high-risk preterm infants.** J. Child Neurol 2002; 17:325-332.

SILVEIRA, M.F. **Aumento da Prematuridade no Brasil: Revisão de Estudos de Base Populacional.** Rev. Saúde Pública, 2008;42(5):957-964

SINASC 2007

TECKLIN, J. S. **Fisioterapia Pediátrica.** 3ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2002.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Bases Teórico-Metodológicas da Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais.** Cadernos de Pesquisa. Ritter dos Reis. V.4.nov,2001

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro que tenho conhecimento da Resolução 196 de 1996, normatizadora da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos e assumo o compromisso de cumprir suas determinações no desenvolvimento da pesquisa.

Andrea da Silva Crespo Bosio

APÊNDICE B

TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Esta pesquisa faz parte do Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e tem por objetivo identificar e discutir algumas relações entre a prematuridade de bebês e o pré-natal das mães provenientes dos territórios-área de abrangência das unidades do serviço de saúde comunitária do GHC.

O estudo se justifica pela necessidade da prevenção da prematuridade, a qual ocorre com o início dos cuidados pré-natais e a manutenção dos mesmos durante toda a gestação. As estatísticas demonstram claramente que cuidados pré-natais realizados o mais cedo possível e de modo adequado, reduzem a incidência de nascimentos de bebês prematuros, da morbidade associada ao parto e ao período neonatal e da mortalidade materna e do recém-nascido.

As informações coletadas serão sigilosas e serão usadas apenas para fins científicos. Os dados coletados serão utilizados única e exclusivamente para execução da presente pesquisa e a divulgação das informações coletadas será feita de forma anônima.

Mães com idades inferiores a 18 anos poderão fazer parte da pesquisa. Neste caso, por serem uma população mais vulnerável, os termos da pesquisa serão esclarecidos em sua totalidade também para seus responsáveis legais. Estes deverão consentir a participação da menor na pesquisa; bem como, assinar juntamente com ela este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A concordância em participar deste estudo não implica qualquer modificação no tratamento que já está sendo feito para o seu bebê, nem tampouco os resultados desta avaliação terão efeito sobre o tratamento. Da mesma forma, a não concordância em participar deste estudo não irá alterar de nenhuma maneira o tratamento já estabelecido. As entrevistas ocorrerão no Hospital da Criança

Conceição, na sala de reuniões da direção do Hospital da Criança Conceição e no Anfiteatro deste hospital. O tempo necessário para a entrevista é de aproximadamente 60 minutos e será realizada pela fisioterapeuta Andrea da Silva Crespo Bosio, responsável pela pesquisa.

Eu, _____ fui informada sobre a pesquisa acima citada de maneira clara e detalhada., esclarecida sobre coleta de dados e sobre as questões levantadas nas entrevistas, bem como sobre as formas de divulgação destas informações. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão quanto a participação, se assim eu desejar. A pesquisadora Andrea da Silva Crespo Bosio certificou-me de que todos os dados desta pesquisa referentes a entrevista e as coletas em prontuário do recém-nascido serão confidenciais e que a qualquer momento poderei reportar-me a ela através dos telefones: 92460580 e 33572230; e-mail: crespobosio@yahoo.com.br ou endereço residencial: rua Costa Lima, 394 – apt: 304. Também, poderei obter informações e esclarecimentos sobre aspectos éticos da pesquisa com o coordenador do Comitê de Ética e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição Dr. Vitto Giancristoforo dos Santos através do telefone 33572407.

Participante da Pesquisa..... Assinatura:

Responsável Legal pela Pesquisada.....

.....Assinatura.....

Testemunha.....Assinatura:

Pesquisador..... Assinatura:

OBS: O presente documento, baseado no item IV das diretrizes e Normas Regulamentadoras para a pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma em poder da participante da pesquisa e a outra com a pesquisadora.

APÊNDICE C

Dados Coletados em Prontuário

Data:

Mãe nº:

Idade:

Número de Gestações:

Número de Filhos:

Tipo de Parto:

Peso do Bebê ao nascer:

Comprimento ao nascer:

Perímetro cefálico:

Apgar:

Ocorrências durante internação do bebê na Uti Neonatal

() VM invasiva

() CPAP Nasal

() Campânula

() Oxigênio via incubadora ou cateter nasal

() Uso de Antifúngicos

() Uso de Nutrição Parenteral (NPT)

() Uso de Surfactante

() Uso de Fototerapia

() Uso de Fórmula para Prevenção de Osteopenia

() Recebeu Transfusão Sanguínea

- () Doença da Membrana Hialina
- () Displasia Broncopulmonar
- () Persistência de Canal Arterial
- () Hemorragia peri e intraventricular
- () Enterocolite Necrosante
- () Hemocultura Positiva (Sepses Neonatal)
- () Alterações teste do olhinho
- () Alteração teste da orelhinha
- () Cirurgia. Qual:

APÊNDICE D

ENTREVISTA

DATA:

PERFIL DA MÃE

Mãe nº:

Idade:

Profissão:

Estado Civil:

Grau de Escolaridade:

Renda Familiar:

Unidade de Saúde (Território-Área):

Número de Gestações:

Número de Filhos:

Pré-Natal em Gestações Anteriores () Sim () Não

Dados da Gestação

Gestação Planejada () Sim () Não

Realizou pré-natal () Sim () Não

Quantas consultas:

Quando foi a primeira consulta:

Patologias prévias:

Utilizou medicamento () Sim () Não

Qual:

Uso de fumo () Sim () Não

Uso de álcool () Sim () Não

Uso de drogas () Sim () Não

Qual:

Questões Norteadoras da Entrevista:

- Sua família utiliza a Unidade de Saúde?
- Ocorre acolhimento na Unidade. Como funciona?
- No caso de falta a exame ou consulta, foi procurada pela Unidade de Saúde?
- Qual é o procedimento para remarcar alguma consulta ou exame?
- Como é feito a marcação de exames?
- Qual o tempo médio de espera nos dias de consultas?
- Participou de algum grupo durante a gestação?
- Como se sentia durante a gestação?
- No caso de existência de dúvidas, estas eram solucionadas?
- Sabia que o bebê poderia ser prematuro?
- Conhecia o hospital (centro obstétrico, berçário, Uti Neonatal)?
- Sabia como funcionava a Uti Neonatal?
- Como acha que foi o seu acompanhamento durante o pré-natal? Teria sugestões?
- Como se sente com a internação do bebê?
- Como percebe o cuidado com seu bebê?
- Sabe ou imagina como será quando o bebê for para casa?- Como acha que está sendo o acompanhamento do seu bebê na Uti Neonatal? Teria sugestões?