

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**A TRAJETÓRIA NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL E NA
PARTURIÇÃO DE MULHERES MÃES DE RECÉM-
NASCIDOS DE RISCO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Ângela Maria Naidon

Santa Maria, RS, Brasil.

2015

**A TRAJETÓRIA NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL E NA
PARTURIÇÃO DE MULHERES MÃES DE RECÉM-
NASCIDOS DE RISCO**

Ângela Maria Naidon

Dissertação de Mestrado apresentado ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Tatsch Neves
Coorientadora: Profa. Dra. Cristiane Cardoso de Paula

Santa Maria, RS, Brasil.

2015

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Naidon, Ângela Maria

A trajetória na atenção pré-natal e na parturição de mulheres mães de recém-nascidos de risco / Ângela Maria Naidon.-2015.

67 f.; 30cm

Orientadora: Eliane Tatsch Neves

Coorientadora: Cristiane Cardoso de Paula

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2015

1. Enfermagem neonatal 2. Assistência pré-natal 3. Recém-nascido 4. Serviços de saúde 5. Saúde da mulher I. Neves, Eliane Tatsch II. Paula, Cristiane Cardoso de III. Título.

© 2015

Todos os direitos autorais reservados a Ângela Maria Naidon. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: angelanaidom@yahoo.com.br

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado

**A comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado:**

**A TRAJETÓRIA NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL E NA PARTURIÇÃO DE
MULHERES MÃES DE RECÉM-NASCIDOS DE RISCO**

Elaborada por

Ângela Maria Naidon

como requisito para obtenção do grau de

Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA

Eliane Tatsch Neves, Dra. (UFSM)

(Presidente/ Orientadora)

Cristiane Cardoso de Paula, Dra. (UFSM)

Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, Dra. (UFRGS)

Lúcia Beatriz Ressel, Dra. (UFSM)

Stela Maris de Mello Padoin, Dra. (UFSM)

(Suplente)

Santa Maria, 08 de maio de 2015.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, o centro e o fundamento de minha vida, por renovar, a cada momento, minha força e disposição, e por me dar o privilégio de exercer uma profissão magnífica.

Aos meus Pais, Ivonir e Sueli, que me apoiaram nos momentos difíceis, dando força, confiança, amor; ensinando-me a persistir nos meus objetivos e ajudando a alcançá-los.

Aos meus irmãos, Débora e Luciano, agradeço pelas nossas diferenças, que ao invés de distanciar, unem-nos ainda mais. Obrigada por todo amor e carinho.

A minha orientadora, Prof. Dr^a. Eliane Tatsch Neves, não só pela ideia deste projeto, mas principalmente pela orientação concedida durante todo o processo de elaboração do trabalho. Agradeço por acreditar em mim, por ouvir pacientemente as minhas considerações e por partilhar comigo as suas ideias, conhecimentos e experiências. Expresso o meu reconhecimento e admiração pela sua competência profissional, pelo incentivo à pesquisa, e também minha gratidão pela sua amizade e pela forma humana como me orientou.

Agradeço a Coorientação da Prof^a. Dr^a Cristiane Cardoso de Paula, pelas contribuições.

Meu muito obrigada para a doutoranda Andressa da Silveira que me ajudou em todas as etapas da dissertação.

A acadêmica de enfermagem Raíra Lopes Amaral de Souza que foi bolsista do projeto e me ajudou nas transcrições.

Agradeço a todas as participantes, sem as quais meu trabalho nada seria. A elas todo o meu respeito, carinho e reconhecimento.

Aos membros da banca examinadora: Professoras Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, Lúcia Beatriz Ressel e Stela Maris de Mello Padoin, fontes de aprendizado e conhecimento.

Aos meus amigos que sempre estiveram me apoiando em todos os momentos dessa caminhada.

Muito Obrigada!!!!

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

A TRAJETÓRIA NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL E NA PARTURIÇÃO DE MULHERES MÃES DE RECÉM-NASCIDOS DE RISCO

AUTORA: ÂNGELA MARIA NAIDON
ORIENTADORA: ELIANE TATSCH NEVES
COORIENTADORA: CRISTIANE CARDOSO DE PAULA
Data e local da defesa: Santa Maria, 08 de maio de 2015.

Em relação à saúde da criança, constata-se a importância do cuidado no pré-natal, em prol de garantir uma gestação tranquila e saudável, e contribuir para diminuir indicadores de morbimortalidade materna e neonatal. Objetivou-se conhecer a trajetória da gestação e pré-natal de mulheres que tiveram seus filhos internados em terapia intensiva neonatal e descrever aspectos relacionados ao parto e ao nascimento de recém-nascidos que necessitaram de internação em terapia intensiva. Trata-se de uma pesquisa qualitativa em que participaram 25 mães de recém-nascidos internados em terapia intensiva neonatal de um hospital de ensino público no sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu em 2014 por meio de entrevistas semiestruturadas. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. Os resultados apontaram que as participantes interromperam o uso do anticoncepcional e, por vezes, se descobriram gestantes ao buscarem atendimento devido a problemas de saúde. Embora com uma gestação considerada de risco, perceberam-na como um momento tranquilo e realizaram pré-natal. As mulheres iniciaram o pré-natal, tardiamente e tiveram dificuldades em estabelecer vínculo com os profissionais e não se sentiram acolhidas nos serviços de saúde. As participantes realizaram uma peregrinação para conseguirem atendimento para si e seus filhos no momento do parto. O tipo de parto foi definido pelas condições clínicas do binômio mãe-filho. Os achados deste estudo apontaram que as mulheres precisaram realizar uma peregrinação para ter acesso aos serviços de saúde para um parto com segurança. A situação de risco, no momento do parto, obstaculizou o direito destas mulheres à participação no processo como um todo. Isto vai de encontro ao preconizado pelas políticas públicas vigentes. Nesse contexto, também devido à situação de fragilidade clínica do bebê, o contato direto e imediato com a mãe foi prejudicado pela necessidade de internação. Recomenda-se para a prática dos profissionais de saúde, o esclarecimento às mulheres sobre o planejamento reprodutivo e acerca das condições da gestação e o direito ao acesso a um serviço de referência de forma segura.

Descritores: Enfermagem neonatal. Assistência pré-natal. Recém-nascido. Serviços de saúde. Saúde da mulher.

ABSTRACT

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

THE TRAJECTORY IN THE PRENATAL ATTENTION AND PARTURITION OF WOMEN MOTHERS OF NEWBORN OF RISK

AUTORA: ÂNGELA MARIA NAIDON
ORIENTADORA: ELIANE TATSCH NEVES
COORIENTADORA: CRISTIANE CARDOSO DE PAULA
Date and defense site: Santa Maria, May 8, 2015.

In relation to children's health, notes the importance of prenatal care, for the sake of ensuring a peaceful and healthy pregnancy, and help reduce maternal and newborn morbidity and mortality indicators. The objective was to know the history of pregnancy and prenatal women who had their children admitted to neonatal intensive care; describe aspects related to delivery and birth of babies who required hospitalization in intensive care. This is a qualitative study involving 25 mothers of newborn infants admitted to neonatal intensive care a public teaching hospital in southern Brazil. The data was collected in 2014 through semi-structured interviews. The data were submitted to thematic content analysis. The results showed that the participants discontinued the use of the contraceptive and sometimes found themselves pregnant women to seek care due to health problems. Although considered with a pregnancy risk, they perceived it as a quiet moment and prenatal care. The women began prenatal care late and had difficulty establishing bond with professionals and did not feel embraced in health services. The participants made a peregrination to get care for themselves and their children at birth. The type of birth was defined by the clinical condition of the mother and child. The findings of this study showed that women had to make a peregrination to access to health services for childbirth safely. The situation of risk, at delivery, obstructed the right of these women to participate in the process as a whole. This is in line with that recommended by current public policies. In this context, also because of the situation of clinical fragility of the baby, the direct and immediate contact with the mother was hampered by the need for hospitalization. It is recommended to practice of health professionals, to explain to women about reproductive planning and about the conditions of pregnancy and the right of access to a referral service safely.

Keywords: Neonatal nursing. Prenatal care. Newborn. Health services. women'shealth.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

CCS	- Centro das Ciências da Saúde
CEP	- Comitê de Ética e Pesquisa
ECA	- Estatuto da Criança e Adolescente
IHAC	- Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MC	- Método Canguru
MS	- Ministério da Saúde
PAISM	- Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PHPN	- Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento
PPGENF	- Programa de Pós Graduação em Enfermagem
PSMI	- Programa de Saúde Materno-Infantil
RN	- Recém-nascido
SUS	- Sistema Único de Saúde
UFMS	- Universidade Federal de Santa Maria
UTIN	- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Extrato de quadro analítico	59
Apêndice B - Roteiro da entrevista	60
Apêndice C - Roteiro da coleta de dados	61
Apêndice D - Termo de assentimento	63
Apêndice E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	65
Apêndice F - Termo de Confidencialidade.....	66
Anexo A - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	67

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
RESULTADOS	18
Artigo 1 - Trajetória da gestação e pré-natal de mães de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva.....	19
Artigo 2 - PARTO, NASCIMENTO E INTERNAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: RELATO DE MÃES	37
DISCUSSÃO	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS	56

INTRODUÇÃO

No século XVIII, houve o surgimento de um marco em relação à infância com reconhecimento deste período cronológico como uma etapa distinta e com características próprias de desenvolvimento humano, conferindo certa individualidade a esta etapa e constatando que a criança tem um mundo próprio, separado do mundo dos adultos (ARIÈS, 2006).

Nesse mesmo contexto, as primeiras políticas públicas de saúde surgiram como consequência de grandes transformações políticas, sociais e econômicas na Europa no século XVIII, quando houve o estabelecimento de novas relações de poder entre estado e sociedade e o nascimento da medicina social. Estas políticas eram voltadas, fundamentalmente, para o controle social, privilegiando a higiene, a infância e a medicalização da família (NETO, 2008).

As políticas públicas na assistência à saúde materno-infantil iniciaram-se no Brasil a partir de 1970, com a implantação do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), cujas ações eram, basicamente, voltadas para o acompanhamento do pré-natal, do controle dos partos domiciliares e do puerpério, e também para as ações de promoção de saúde da criança. Até meados da década de 1980, o PSMI caracterizava-se por um alcance limitado, ao se dirigir, principalmente, à melhoria da assistência pré-natal, negligenciando medidas como a continuidade da assistência até o parto e a garantia de assistência hospitalar qualificada (LANSKY, 2002).

Na década de 1980, o principal foco das políticas públicas estava voltado para as conquistas dos direitos da mulher-mãe e, particularmente, para a consolidação das lutas anteriores, procurando dar visibilidade a este campo de atenção. Observa-se que, durante esta década, o recém-nascido não era visto como sujeito do cuidado, mas contemplado na atenção “integral” à mulher-mãe (COSTA, 2010).

Em 1983, tem-se a formulação, pelo Ministério da Saúde (MS), do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), sendo um programa inédito, até então, não apenas voltado ao binômio mãe-filho, mas à atenção à saúde da mulher em sua totalidade e abrangência. O PAISM nasceu no processo de discussão do movimento sanitário, tendo como prioridade a atenção primária e a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 1983). O marco de amparo à saúde da mulher e da criança foi a Constituição

de 1988, com diversos artigos que fundamentavam e constituíam a base dos direitos reprodutivos (BRASIL, 1988).

Em 1990, com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o recém-nascido passou a integrar as preocupações no âmbito das políticas, especialmente, por se beneficiar da atenção em saúde voltada à sua genitora. O ECA pretende assegurar à gestante, através do Sistema Único de Saúde (SUS), o atendimento antes e após o parto, proporcionando condições adequadas ao aleitamento materno, e também, a implantação de alojamentos conjuntos nas instituições de saúde, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe (BRASIL, 2001). Na sequência, em 1991, através da elaboração e divulgação, pelo MS, do Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), a atenção perinatal foi interpretada, pela primeira vez, como diretrizes governamentais de atenção à saúde no Brasil, sendo responsável pelos cuidados à unidade mãe-feto e ao recém-nascido (BRASIL, 1991).

Em 1993, O MS promoveu a portaria GM/MS nº.1016, tornando obrigatória a implantação do alojamento conjunto, durante o período de internação da gestante e do recém-nascido, que necessita do aleitamento materno e, assim, ampliou o vínculo mãe-filho. Ainda em 1994, o MS lançou a Iniciativa de Hospitais Amigos da Criança (IHAC) (BRASIL, 2000)

No final da década de 1990, foi realizada uma série de iniciativas do MS, no campo da assistência perinatal. Duas iniciativas merecem destaque por apresentarem, como objetivo específico, a contribuição para a organização do sistema perinatal: o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco e o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN) (BRASIL, 2002). A primeira iniciativa foi para atendimento à gestante de alto risco, sendo destinados recursos específicos para criação de centrais de leitos, aquisição de equipamentos e treinamento de profissionais. Com esta iniciativa, o governo federal buscou, por meio de incentivos financeiros para os municípios, a melhoria da qualidade da assistência pré-natal e do vínculo entre o pré-natal e o parto (BRASIL, 2002).

O PNHPN foi criado e implantado por intermédio da Portaria nº. 569 de 1/6/2000 (Brasil, 2000), com o objetivo de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país. Institui-se o direito às gestantes ao acesso à assistência à saúde nos períodos do pré-natal, parto, puerpério e neonatal, tanto na

gestação de baixo como na de alto risco, assegurando a integralidade da assistência às gestantes e aos recém-nascidos (BRASIL, 2005).

A Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru (MC) foi regulamentado pelo MS, pela Portaria nº 693, de 05 de julho de 2000, apoiada em quatro fundamentos: acolhimento do bebê e sua família, respeito às singularidades, promoção do contato de pele a pele, o mais precoce possível, e o envolvimento da mãe nos cuidados com o bebê, ressaltando-se a boa prática neonatal (BRASIL, 2000a).

Nesse contexto, a publicação da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e redução da mortalidade infantil ocorreu em 2004, com o intuito de contribuir tanto para a promoção da saúde materna, quanto para a saúde infantil, destacando-se a atenção integral da saúde da criança, a redução da mortalidade infantil, as ações de saúde da mulher, proporcionando atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido e o incentivo ao aleitamento materno desde a gestação até o puerpério (BRASIL, 2004). Desse modo, a qualidade da assistência prestada à gestante, por meio do pré-natal, com assistência ao recém-nascido, durante o parto, pode contribuir de maneira significativa para a redução dos coeficientes de mortalidade infantil (BASSO, 2010).

Em 2011, foi instituída a Portaria GM/MS nº 1.459, da Rede Cegonha, sendo esta estratégia voltada para os princípios da humanização e assistência, em que mulheres, RNs e crianças têm direito à ampliação do acesso aos serviços de saúde, ao acolhimento e à melhoria da qualidade do pré-natal; ao transporte, tanto para o pré-natal quanto para o parto; à vinculação da gestante à unidade de referência para a assistência ao parto (“Gestante não peregrina!” e “Vaga sempre para gestantes e bebês!”); à realização de parto e ao nascimento seguro, por meio de boas práticas de atenção; ao acompanhante no parto, de livre escolha da gestante; à atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses, com qualidade e resolutividade e ao acesso ao planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Essa estratégia garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza, lembrando à parturição não é uma doença ou um processo patológico, mas uma função fisiológica natural, que constitui uma experiência única para a mulher (BRASIL, 2011).

O pré-natal, desenvolvido na atenção primária, por sua vez, tem a finalidade de prevenir e diminuir o número de complicações materno-fetais e a prematuridade. Um

estudo realizado por Soares e Menezes (2010) demonstrou que existe uma relação inversamente proporcional entre a taxa de nascimentos prematuros e o número de consultas de pré-natal, conseqüentemente reduzindo-se os custos com tratamentos mais complexos durante a gestação e após o parto.

Diante disso, o objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive, abordando os aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012).

Por outro lado, a taxa de mortalidade infantil é um indicador que reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, assim como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil, sendo a atenção pré-natal uma estratégia fundamental neste momento. Acrescenta-se que a estimativa da mortalidade infantil no Brasil, em 2013, foi de 15 mortes para 1.000 nascidos vivos. Isto demonstra melhoria significativa neste indicador, uma vez que, em 2000, eram estimadas 29 mortes para 1.000 nascidos vivos, representando uma queda de 48,2%. Entretanto, em 2013, desigualdades regionais ainda podiam ser observadas em relação à mortalidade infantil: Regiões Nordeste (19,4), Norte (19,2) e Centro-Oeste (15,6).

Quanto à morbimortalidade de recém-nascidos (RN) internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um hospital de ensino, no período de 2002 a 2006, 63,2% dos RN tiveram algum tipo de intercorrências no nascimento. O principal tipo de parto foi cesáreo, representando 59,6%, sendo que 67,4% dos RN nasceram prematuros. Ressalta-se que 80 % das mulheres mães de RN de risco internados fizeram seis ou mais consultas de pré-natal (PIESZAK et al. 2013).

Recém-nascido de risco é definido como aquele bebê que, independente de sua idade gestacional ou peso ao nascer, tem maiores chances de adoecimento ou óbito devido a condições ou circunstâncias que alteram o curso natural dos eventos associados com o nascimento e a adaptação à vida extra-uterina. O período de alto risco abrange o crescimento e desenvolvimento humano a partir do momento de viabilidade até 28 dias após o nascimento, e inclui ameaças à saúde e à vida durante os períodos pré-natal, perinatal e pós-natal (WONG, 2013).

Para tentar reduzir a mortalidade infantil no período neonatal, torna-se necessário que o profissional de enfermagem possua uma educação permanente sobre o cuidado pré-natal e o cuidado ao recém-nascido, tendo por base o conhecimento

técnico-científico adequado (BRASIL, 2011). As altas taxas de morbimortalidade podem estar associadas a uma atenção pré-natal de baixa qualidade, pois o acompanhamento adequado é muito importante. A enfermagem tem o papel de acolher, transmitir confiança à gestante e fortalecimento do vínculo, proporcionando uma melhor adesão ao pré-natal (BASSO, 2010).

Assim, a assistência de enfermagem no pré-natal objetiva desenvolver ações de educação em saúde, durante todo o ciclo gravídico-puerperal, permitindo que a gestante possa conduzir sua gestação de modo adequado, reduzindo riscos e agravos neste período (BASSO, 2010). O pré-natal é um momento de proximidade da enfermagem com a gestante, tornando-se possível a realização de cuidados preventivos à mãe e ao recém-nascido. O profissional da saúde é elemento fundamental para a qualidade desta assistência, principalmente a enfermagem, que deve atuar de acordo com as necessidades das gestantes, e estabelecer as intervenções e orientações necessárias, para que sejam mais bem assistidas (LIMA, 2012).

Por outro lado, a hospitalização do recém-nascido (RN), geralmente, não é esperada pela família, porém, pode ser necessária devido a uma dificuldade na sua adaptação extra-uterina. O neonato que necessita de internação hospitalar dispõe de um arsenal tecnológico requintado e eficaz que lhe permite, na maioria das vezes, uma recuperação e restabelecimento da sua fisiologia (PEDRON, 2008).

A busca por um cuidado mais humanizado, isto é, que permita vivenciar a gestação, o trabalho de parto e o parto, de forma plena e natural, é iniciativa das próprias mulheres, dado o significado cultural do processo do nascimento (VELHO, 2010). Humanizar o cuidado à mulher e sua família, na situação de trabalho de parto e parto, consiste em respeitar o tempo da mulher no processo de parturição; evitar intervenções desnecessárias impostas pelas rotinas hospitalares e reconhecer os aspectos culturais próprios da mulher, dentro de seu contexto de vida (MOREIRA, 2009).

A realização deste estudo justifica-se pela necessidade de conhecer, em uma pesquisa qualitativa, como as mulheres vivenciam a descoberta da gestação, pré-natal, parto, nascimento e a situação de ter um filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal.

Frente ao exposto, o estudo tem como **objetivos**:

- conhecer a trajetória da gestação e pré-natal de mulheres que tiveram seus filhos internados em terapia intensiva neonatal;

- descrever aspectos relacionados ao parto e ao nascimento de recém-nascidos que necessitaram de internação em terapia intensiva.

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. As participantes do estudo foram 25 puérperas que estavam com seus filhos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um hospital de ensino, que é referência para a região de abrangência em um município do sul do Brasil. O número de participantes foi alcançado por densidade de saturação, ou seja, a partir do momento que percebeu-se que os objetivos haviam sido contemplados.

Os critérios de seleção foram ser mãe de recém-nascido de risco internado na UTIN e que na abordagem respondessem que frequentaram o pré-natal, independente do número de consultas.

Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada individual, desenvolvida a partir de um roteiro. Esta abordava questões relativas à descoberta da gestação, sobre os serviços de saúde, no qual se realizou o pré-natal, e questões sobre o parto, nascimento e a internação do filho na UTIN.

A coleta de dados foi desenvolvida, durante os meses de agosto a outubro de 2014. Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora em uma sala reservada junto à UTIN, tendo uma duração média de 10 a 15 minutos. Estas foram gravadas em aparelho digital, com autorização prévia das mulheres, as quais assinaram o TCLE em duas vias, que ficaram armazenadas na sala 1336, do CCS, sob a guarda da orientadora (Profa. Dr^a Eliane Tatsch Neves), por um período de cinco anos, sendo que após este período serão destruídos. Posteriormente foi realizada a dupla transcrição na íntegra e, em seguida, submetida à análise de conteúdo temática (MINAYO, 2010).

Para o desenvolvimento da pesquisa, seguiram-se os trâmites que regulamentam a pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 466/2012 e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM, no dia 1º de julho de 2014, sob o número de CAAE 31103114.2.0000.5346. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) condicionando a sua participação voluntária no estudo, sendo que aquelas menores de 18 anos assinaram o termo de assentimento e o responsável, o TCLE. Para manter o anonimato e a confidencialidade das informações, utilizou-se um código alfanumérico para nomear as participantes (M1...M25). Foi realizada análise temática que é definida como a descoberta dos núcleos de significado, que constituem uma comunicação, em que a frequência ou a presença de palavras, frases ou expressões possuem algum significado

para o objeto analítico. Operacionalmente, a análise temática desdobra-se em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2010).

A primeira etapa, a pré-análise, foi realizada após as transcrições das entrevistas, por meio da leitura flutuante e da exploração do material. A classificação para definir o *corpus* da análise foi realizada por intermédio de uma pré-descrição das unidades de sentidos das falas, com maior recorrência temática. Utilizou-se, para tal, um quadro sinóptico, organizado com as questões da entrevista e os enunciados das mães (APÊNDICE A).

Na segunda etapa, a codificação cromática foi feita, conforme os temas encontrados, de acordo com os objetivos do estudo, originando as categorizações. A última etapa constituiu-se da interpretação dos resultados.

RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa estão apresentados, a seguir, em dois artigos científicos, os quais foram formatados conforme as normas vigentes dos periódicos aos quais serão submetidos.

Artigo 1 – Trajetória da gestação e pré-natal de mães de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva¹

RESUMO

Pesquisa qualitativa que objetivou conhecer a trajetória da gestação e pré-natal de mulheres que tiveram seus filhos internados em terapia intensiva neonatal. Participaram 25 mães de recém-nascidos internados em terapia intensiva neonatal de um hospital de ensino público no sul do Brasil. Os dados foram coletados em 2014 por meio de entrevistas semiestruturadas e submetidos à análise de conteúdo temática. As participantes interromperam o uso do anticoncepcional e, por vezes, se descobriram gestantes ao buscarem atendimento devido a problemas de saúde. Embora com uma gestação considerada de risco, perceberam-na como um momento tranquilo e realizaram pré-natal. As mulheres iniciaram o pré-natal, tardiamente e tiveram dificuldades em estabelecer vínculo com os profissionais e não se sentiram acolhidas nos serviços de saúde. Recomenda-se o planejamento da gravidez e um acompanhamento pré-natal de qualidade para contribuir com a redução da morbimortalidade materna e neonatal.

Descritores: Enfermagem. Assistência Pré-natal. Recém-nascido. Serviços de saúde.

ABSTRACT

It is a qualitative research that aimed to know the trajectory of pregnancy and prenatal women who had their children in neonatal intensive care. 25 mothers of newborn admitted to neonatal intensive care a public teaching hospital in southern Brazil were participants. The data was collected in 2014 through semi-structured interviews and were submitted to thematic content analysis. The participants discontinued the use of

¹Artigo que será submetido à Revista Gaúcha de Enfermagem. Autores: Ângela Maria Naidon; Eliane Tatsch Neves; Andressa da Silveira; Cristiane Cardoso de Paula.

the contraceptive and sometimes found themselves pregnant women to seek care due to health problems. Although considered with a pregnancy risk, perceived it as a quiet moment and they to do prenatal care. The women began prenatal care late and had difficulty establishing bond with professionals and did not feel embracement in health services. It is recommended planning the pregnancy and prenatal care quality to contribute to the reduction of maternal and neonatal morbidity and mortality.

Keywords: Nursing. Prenatal Care. Newborn. Health Services.

Title: Trajectory of the pregnancy and of the prenatal of mothers of newborn hospitalized in the intensive care unit

RESUMEN

Pesquisa cualitativa que tuvo como objetivo conocer la historia de embarazo y las mujeres prenatales que tenían sus hijos en cuidado intensivo neonatal. Participaron 25 madres de recién nacidos ingresados en cuidados intensivos neonatales de un hospital universitario público en el sur de Brasil. Los datos se recogieron en 2014 a través de entrevistas semi-estructuradas y fueron sometidos a análisis de contenido temático. Los participantes interrumpieron el uso de los anticonceptivos y, a veces encontraban-se embarazadas a buscar atención por problemas de salud. Aunque se considera un embarazo de riesgo, este fue percibido como un momento de tranquilidad y ellas realizarón consultas prenatal. Las mujeres comenzaron el cuidado prenatal tarde y tenía dificultades para establecer vínculos con profesionales y no se sentían acogidos en los servicios de salud. Se recomienda la planeando el embarazo y la calidad de la atención prenatal para contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

Descriptores: Enfermería. Atención Prenatal. Recien-nascido. Servicios de Salud.

Título: Trayectoria del embarazo y prenatal del madres de los recién nacidos en la unidad de cuidados intensivos

INTRODUÇÃO

Em relação à saúde da criança, constata-se a importância do cuidado no pré-natal, visto que esse é o primeiro passo para garantir uma gestação tranquila e saudável para contribuir para diminuição de indicadores de morbimortalidade materna e fetal⁽¹⁾. A atenção pré-natal tem merecido especial atenção na saúde materna e neonatal, em vista da persistência de índices desfavoráveis, tais como os coeficientes de mortalidade materna e infantil. Devido a esses indicadores, emergem políticas para qualificação da assistência ao ciclo gestacional e puerperal⁽²⁾.

As políticas voltadas para saúde da mulher e da criança proporcionam a garantia do cuidado integral, sendo estas essenciais para redes assistenciais de saúde. Dentre estas se destaca a o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher (PNAISM). Estas políticas públicas têm como finalidade ampliar o acesso aos serviços de saúde, à cobertura e à qualidade da atenção no período perinatal. Ressalta-se, ainda, a ênfase dessas políticas na assistência integral à saúde da mulher, buscando torná-las acessíveis a um cuidado qualificado⁽³⁾.

O Ministério da Saúde (MS) define pré-natal como um conjunto de procedimentos clínicos e educativos que tem por objetivo promover a saúde, certificando precocemente problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do concepto. O MS preconiza à realização de pelo menos seis consultas de pré-natal, sendo no mínimo duas destas realizadas pelo médico e as demais pelo enfermeiro, desde que a gestação em questão seja de baixo risco. A primeira consulta de pré-natal deve ser realizada até 120 dias de gestação⁽⁴⁾.

Anteriormente ao pré-natal destaca-se a importância do planejamento da gestação. O planejamento reprodutivo implica não só na oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, mas também a oferta de informações e acompanhamento, num contexto de escolha livre e informada garantidos pelas políticas públicas⁽⁵⁾.

Por outro lado salienta-se que a mortalidade infantil no Brasil, em 2013, foi de 15 mortes para 1 000 nascidos vivos. A melhoria neste indicador foi significativa, uma vez que em 2000 era estimado em 29 mortes por 1000 nascidos vivos, representando uma queda de 48,2%. Entretanto, em 2013, desigualdades regionais em relação à mortalidade infantil, ainda podiam ser observadas: Regiões Nordeste (19,4), Norte (19,2) e Centro-Oeste (15,6) com valores maiores ao da média nacional, enquanto, Sudeste (11,6) e Sul (10,4) apresentavam valores inferiores⁽⁶⁾.

Ratifica-se assim que a linha de cuidado à saúde da criança proposta pelo Ministério da Saúde tem seu início na atenção à saúde da mulher e na realização de um pré-natal de qualidade. Para tanto, a atenção à saúde da mulher no planejamento da gestação, na realização do pré-natal e no puerpério deve ser prestada pela equipe multiprofissional de saúde, podendo a intervenção ser realizada pelo profissional médico ou enfermeiro, em equipes de atenção básica e saúde da família. Entretanto, outros profissionais podem e necessitam estar inseridos no cuidado à mulher e seu bebê no período gravídico-puerperal a fim de qualificar e humanizar esta atenção⁽⁷⁾.

A realização desta pesquisa justifica-se pela necessidade de ter aprofundado o conhecimento em pesquisa qualitativa sobre o que as mulheres conhecem sobre a identificação da gestação, pré-natal, parto, nascimento e a situação de ter um filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal, pois em busca realizada em base de dados foram encontrados somente estudos quantitativos.

Diante do exposto, objetivou-se conhecer a trajetória da gestação e pré-natal de mulheres que tiveram seus filhos internados em terapia intensiva neonatal.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das crenças e valores, compreende a descrição e a análise da realidade de diferentes formas, para representar as experiências vivenciadas pelas pessoas ou a vivência de um determinado fenômeno⁽⁸⁾.

A população do estudo foi composta por 25 puérperas que estavam com seus filhos internados na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) de um hospital de ensino, referência para a região de abrangência em município do sul Brasil.

Os critérios de inclusão foram ser mãe de recém-nascido de risco internado na UTIN e ter realizado o pré-natal. O critério de exclusão considerou mulheres que tivessem algum problema cognitivo que dificultasse a realização da pesquisa.

Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista individual, desenvolvida a partir de um roteiro semiestruturado. Este roteiro abordava questões relativas à identificação da gestação, aos serviços de saúde no qual realizou o pré-natal, e informações sobre o parto, nascimento e a internação do filho na UTIN.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto a outubro de 2014. Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, mestranda, em uma sala reservada do serviço de saúde com duração média de 10 a 15 minutos. Estas foram gravadas em aparelho digital, com autorização prévia das mulheres. Posteriormente, foi realizada a dupla transcrição na íntegra e em seguida, submetida à análise de conteúdo temática⁽⁸⁾.

A análise temática é definida como a descoberta dos núcleos de sentido, que constituem uma comunicação em que a frequência ou a presença de palavras, frases ou

expressões possuem algum significado para o objeto analítico. Por conseguinte, para uma análise de significados, o surgimento de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento que podem estar ocultos no discurso. Operacionalmente a análise temática desdobra-se em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁽⁸⁾.

O material empírico das entrevistas foi organizado em um quadro analítico em cujas colunas constava participante, entrevista e enunciado. Neste quadro foi feita a leitura e identificação das unidades de significado utilizando-se a codificação cromática.

Para o desenvolvimento do estudo seguiu-se os trâmites que regulamentam a pesquisa com seres humanos de acordo com a Resolução 466/2012, e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM sob o número de CAAE 31103114.2.0000.5346. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) condicionando a sua participação voluntária no estudo, sendo que àquelas menores de 18 anos assinaram o termo de assentimento e para o responsável o TCLE. A fim de manter o anonimato e a confidencialidade das informações, utilizou-se um código alfanumérico para nomear as participantes (M1, M2, M25, ...).

RESULTADOS

No presente estudo a população, 25 puérperas, concentrava-se na faixa etária de 16 e 39 anos, 16 se declararam brancas, 18 eram casadas e/ou viviam em união estável, o grau predominante de escolaridade foi o ensino fundamental completo e incompleto. A renda familiar variou de R\$545,00 a R\$1635,00, 13 participantes trabalhavam, sendo que apenas oito delas formalmente. Entre as participantes uma era tabagista, duas consumiam bebidas alcoólicas raramente e a totalidade negou utilizar drogas ilícitas.

Ao investigarem-se os dados da gestação 11 eram primigestas e cinco já tiveram algum tipo de aborto. Quanto às consultas de pré-natal variou entre 3-14, sendo que 18 realizaram a primeira consulta no primeiro trimestre de gestação e sete no segundo trimestre de gestação.

Os recém-nascidos totalizaram 26, visto que uma participante concebeu gemelar, sendo a maioria do sexo masculino (19), enquanto que feminino apenas sete. Nos nascimentos, foram 19 cesarianas como a via de parto predominante. As principais causas de internação na UTIN foram à síndrome do desconforto respiratório e a prematuridade, porém alguns recém-nascidos tiveram mais de um diagnóstico no momento da internação.

A seguir apresentar-se-á os resultados a partir das duas categorias que emergiram da análise temática: fatores relacionados à gestação e fatores relacionados ao pré-natal.

As mulheres que tiveram seus recém-nascidos internados na UTIN interromperam o uso do anticoncepcional e por vezes se descobriram gestantes ao buscarem atendimento devido a problemas de saúde.

Era uma gravidez planejada já, parei de tomar os anti (anticoncepcional). (M1)

Pra mim foi surpreendente, porque eu achava que não estava e, daí fui fazer exame para pegar numa firma. Daí não constatou gravidez. Constatou que eu estava com a diabete no caso. (M4)

É eu já tinha planejado... eu tinha cisto no ovário, daí estava fazendo tratamento, quando descobri que não tinha mais, parei de tomar os remédios para engravidar. (M6)

Foi uma gestação planejada. Já fazia cinco anos que tinha parado de tomar (a pílula anticoncepcional). (M9)

É que a minha gravidez foi planejada, que nem diz. Eu estava tentando já fazia cinco meses. (M17)

Eu queria, porque faz quatro anos que eu tinha parado de tomar remédio e não conseguia engravidar. (M18)

Eu estava querendo mais um filho! já tinha deixado de tomar os comprimidos (a pílula anticoncepcional) já fazia uns 8 meses.(M20)

Por meio dos relatos percebeu-se a existência do desejo de uma gravidez planejada, mas para as participantes, esta esteve vinculada apenas a ação de suspender o uso do anticoncepcional. Contudo o significado da palavra planejar é o ato ou efeito de prever, antecipar, ou vislumbrar algo que ainda não aconteceu e desta forma é difícil de saber se esta palavra; está somente ligada a um fator e sim a um conjunto de ações, pois, nesse caso, pode envolver mais de uma pessoa, essa decisão pode incluir também o seu esposo ou companheiro.

Duas adolescentes que participaram da pesquisa e que enfrentaram conflitos familiares declararam que as gestações não foram planejadas.

Ah, fiquei apavorada. Porque, não era como se diz. Não era planejada, mas depois fiquei feliz, gostei, fui assimilando. (M21)

A adolescente relatou que fazia tratamento para um tumor cerebral e seu médico não explicou a ela que o uso da medicação poderia interferir no efeito do anticoncepcional. Sabe-se que alguns medicamentos podem diminuir a eficácia da pílula anticoncepcional, aumentando o risco de gravidez, como os antibióticos.

Já uma das adolescentes não utilizava nenhum método anticoncepcional, relatou:

Foi o dia em que eu briguei com a minha sogra e fui embora. E daí a minha irmã, ela olhou pra minha barriga e disse que estava muito grande. Aí ela pediu pra eu fazer um teste de farmácia, fiz e foi o dia que eu descobri que estava grávida. (M14)

O relato anterior remete à falta de informação da participante referente à possibilidade de uma gravidez na adolescência. A gestação neste período é classificada como fator de risco para nascimentos de prematuros e bebês de baixo peso. Ainda, foi possível perceber negligência em relação o pré-natal, visto que a mesma descobriu a gravidez com três meses e somente realizou a primeira consulta aos seis meses de

gestação. A adolescente residia na casa da sogra, e seu namorado tinha problemas mentais.

Quando as mulheres foram questionadas sobre o momento em que realizaram a primeira consulta de pré-natal, indicaram que este momento variou de 4 semanas até 21 semanas.

Foi em março com 12 semanas. (M2)

Ah já estava com uns quatro meses já. (M7)

Foi em dezembro que eu fiz a primeira consulta com 4 semanas. (M9)

Eu já estava com três meses eu acho. (M13)

Foi dois dias antes de eu fazer esse ultrassom que apareceu com vinte e uma semanas. (M15)

A atenção ao pré-natal é um assunto de extrema relevância no que se refere à morbimortalidade materna neonatal, principalmente aos nascimentos prematuros, isso está diretamente relacionado com a identificação da gestação e o tempo que esta gestante demora para procurar um atendimento de pré-natal. A importância de iniciar o pré-natal nas primeiras semanas, período em que ocorrem várias transformações do embrião para o feto podendo desenvolver algumas malformações estas podem estar relacionadas com o estilo de vida da gestante.

O deslocamento para chegar aos serviços de saúde foi relatado pelas participantes, bem como o atendimento prestado pelos profissionais de saúde, as mudanças de profissionais durante a realização do pré-natal, podendo favorecer a falta de vínculo com o profissional e o atendimento:

Lá em [nome da cidade de origem] mesmo, não foi com essa doutora que depois eu continuei o pré-natal. (M1)

Foi com o médico. aquele médico, até pra falar a verdade..., até na última consulta que eu fui ele não quis me atender. (M7)

Ah, uma doutora muito boa sabe, muito boa lá da [nome da ESF]. Mas, depois tiraram ela de lá e nunca mais tive, consulta com a médica. Só com as enfermeiras. (M8)

O médico que fez o meu pré-natal era clínico geral. Nenhum era obstetra. No crachá estava escrito isso. (M9)

hummm não foi o que eu esperava, Porque o médico que eu me consultava estava saindo de férias daí eu tive que trocar.(M20)

Para muitas gestantes houve mudança do profissional com quem estava realizando o pré-natal e isto interferiu na continuidade do atendimento ao pré-natal, outra mulher foi atendida por clínico geral. Ainda, percebeu-se a falta de vínculo entre elas e os profissionais, sendo que a confiança no profissional que está acompanhando esta fase de modificações é fundamental.

A forma como as consultas de pré-natal foram conduzidas foi detalhada pelas participantes:

Vamos fazer o ultrassom para ver direitinho como está o bebê [fala do médico]. Ele verificava a pressão, fez o exame na barriga, o toque, fez a da fita aquela para ver quantos centímetros estava e a pressão estava sempre normal. (M2)

Foi com as enfermeiras. Ah tinha aquela coisa de sempre, conversar parece uma coisa que a gente não sabe. Elas ficam conversando, depois passa numa sala para ouvir os batimentos cardíacos do nenê, mas demora muito, é muito demorado. (M8)

Eles mediam a barriga, escutavam o coração, é o que elas faziam. Só nos últimos meses que eles faziam aquele exame de toque sabe (M9)

Ela só me examinou, apalpou pra ver como é que estava o útero, pediu exames. Aí na próxima consulta sim que foi receitado ácido fólico, exames de sangue, HIV, hepatite, tudo que é transmissível. Os exames deu tudo bem.(M17)

Ela não fez nada, porque ele era muito pequeno, não dava pra escutar o coração. Ela só me orientou, mandou fazer um monte de exame, tomar remédios. Sobre a anemia, fazer teste de HIV, sobre alimentação e remédio pra enjoo. (M25)

Percebe-se, pelas falas das participantes, que as consultas estiveram embasadas em procedimentos técnicos. Ressalta-se que as participantes realizaram suas consultas nas unidades básicas de saúde e também em consultórios médicos particulares. Mesmo com uma gestação considerada de risco, as participantes perceberam-na como um período tranquilo e realizaram o pré-natal.

Quando questionadas sobre o percurso da gestação, ou seja, como foi à gestação, as participantes relataram, que no geral, “foi tranquila...”. Entretanto algumas apresentaram problemas na gestação, tais como: infecção urinária, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, náuseas, vômitos, depressão, problemas de coluna, síndrome HELLP, como seguem nos relatos:

Foi tranquila, só tive infecção urinaria, o resto tudo ótimo tanto dentro da minha residência com o meu esposo e meu filho com os parentes, tudo ótimo.(M3)

Foi tranquila, assim na parte familiar tudo tranquilo. Só na parte do trabalho tudo muda quando a gente está grávida. As pessoas, às vezes, não gostam principalmente dono de loja, não gosta (M17).

Foi tranquila assim, não tive enjôo, não tive azia. Só tive um problema na coluna, porque minha barriga era muito grande. Mas, o mais foi tranquilo (M18).

Foi bem. Só tinha às vezes umas dores fortes, quase tive aborto. Mas, foi bem assim, foi tudo tranquilo (M21).

Foi bem tranquila, nada de anormal assim, mas aí eu comecei com dor na nuca. Eu não sabia o que era, acho que durou em torno de uma semana pra eu verificar a pressão. Aí que vi que estava alta, foi comprovado pré-eclâmpsia e Síndrome de HELLP (M22).

Observou-se que as mulheres não possuíam informações adequadas sobre o desenvolvimento da gestação e as possíveis complicações. Mesmo após o parto complicado e a internação do bebê na UTIN elas perceberam que tiveram uma gestação de risco. Ressaltam-se as dificuldades em manter o trabalho em situações que exigiam esforço físico, relatado por M17, que refletiu na sua tranquilidade enquanto gestante.

Ainda, percebeu-se que algumas mulheres somente descobriram que estavam grávidas quando procuraram o médico por problemas de saúde que não estavam relacionados com a suspeita de gestação, descobrindo-se então com uma gestação de risco:

Fiz o exame pra pegar na firma, não constatou gravidez. Constatou que eu estava com a diabetes, no caso. Daí, só que eu comecei trabalhar e comecei a

passar mal nos dias que ia trabalhar, me sentia mal pra caminhar,...subia a pressão (M4).

Eu tinha ahã...já tinha cisto no ovário, daí estava fazendo tratamento, quando descobri que não tinha mais, aí parei de tomar os remédios pra engravidar (M6).

Eu tinha uma pequena alteração no intestino, era uma parada assim, e daí o doutor pediu os exames e eu estava grávida (M 18).

Algumas das participantes tiveram conhecimento da gravidez ao procurarem tratamento médico por algum outro problema de saúde.

DISCUSSÃO

Inegavelmente, as questões que concernem ao planejamento reprodutivo mostram-se como importantes desafios a serem enfrentados, porque ainda há uma distância entre o que é preconizado nas ações de promoção e atenção à saúde sexual e reprodutiva e o que é de fato vivenciado pelas mulheres brasileiras em idade reprodutiva⁽⁹⁾.

À primeira vista, parece que o planejamento e ou desejo de uma gestação são sinônimos, mas na verdade, o desejo e a intenção de engravidar são elementos componentes, particularmente porque é considerado um sentimento que não obrigatoriamente demonstra uma ação e, por sua vez, a intenção está diretamente relacionada ao contexto pessoal. Já o planejamento reprodutivo está situado no âmbito comportamental, pois adota medidas centradas na concepção e somente existirá na medida em que há o desejo e/ou a intenção⁽¹⁰⁾.

As pessoas têm o direito de planejar a vida de acordo com as suas necessidades. O planejamento reprodutivo é um importante recurso para a saúde de homens, mulheres e crianças, contribuindo para uma prática sexual mais saudável, possibilita o espaçamento dos nascimentos e a recuperação do organismo da mulher após o parto,

melhorando as condições que ela tem para cuidar dos filhos e para realizar outras atividades⁽⁵⁾.

A assistência pré-natal tem como objetivo reduzir a morbimortalidade materno-fetal. Esta redução depende tanto dos cuidados recebidos no período gestacional quanto da assistência recebida no momento do parto. Exames clínicos e laboratoriais oferecidos durante as consultas de pré-natal auxiliam na identificação de situações de risco para dessa forma agir precocemente, enquanto a assistência recebida no momento do parto é o principal determinante da morbimortalidade no período neonatal⁽¹¹⁾.

A assistência pré-natal de qualidade destaca-se como o primeiro objetivo a ser atingido quando se busca reduzir as taxas de mortalidade materna e perinatal⁽¹²⁾. Para que seja ofertado um pré-natal de qualidade, é importante que o serviço e os profissionais de saúde estejam adequadamente preparados. O profissional que acolhe a gestante deve estar atento a fatores de natureza física, fatores de ordem emocional, econômica e familiar, visto que estes podem influenciar na decisão da mulher sobre a continuidade à consulta pré-natal e, conseqüentemente, na qualidade do acompanhamento⁽¹³⁾. O profissional da saúde é fundamental para a qualidade da assistência pré-natal, principalmente a enfermagem, que deve atuar de acordo com as necessidades das gestantes, e estabelecer as intervenções e orientações necessárias para que melhor sejam assistidas⁽¹⁴⁾.

A equipe de saúde, ao realizar a atenção pré-natal, precisa priorizar a humanização durante o atendimento aos distintos grupos populacionais e, em particular, a mulher gestante. É preciso entender a humanização como prática pautada em princípios como integralidade e equidade das ações, evidenciando os usuários como sujeitos de direitos e participantes ativos do seu processo saúde/doença⁽¹⁵⁾.

Nesse contexto, a atenção pré-natal deve ser organizada para atender às necessidades das gestantes e seus familiares dispondo de profissionais com conhecimentos técnico-científicos, de meios e recursos adequados e disponíveis. As ações de saúde devem estar voltadas à cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento de qualidade, acompanhamento e avaliação das ações sobre a saúde materno-perinatal⁽¹⁶⁾.

A consulta pré-natal consiste no exame físico da gestante, averiguação dos antecedentes gineco-obstétricos, histórico de comorbidades, elementos socioeconômicos juntamente com as orientações. Com estas informações os profissionais trabalham a parte educacional. Auxiliam as gestantes a tirar suas dúvidas e mitos. Isso faz com que se sintam mais seguras e confiantes, preparando-as melhor durante o período gestacional⁽⁴⁾.

Destaca-se que as condições relacionadas ao esforço físico no trabalho, durante a gestação, afeta a qualidade de vida das mulheres preocupando os profissionais de saúde pelas diversas consequências que gera tanto psicológica quanto física, pois, muitas vezes, elas não relatam essa agressão para o profissional da saúde com medo de perder seu emprego⁽¹⁷⁾.

As infecções no trato urinário (ITU) representam a forma mais comum de infecções bacterianas em gestantes, vários fatores tornam a ITU relevante complicação do período gestacional, agravando tanto o prognóstico materno quanto o fetal. Desta forma, o diagnóstico precoce, seguido de terapêutica adequada e imediata, torna-se imprescindível durante a assistência pré-natal, evitando o comprometimento do prognóstico materno e fetal/neonatal⁽¹⁸⁾.

Estudos mostraram que dentre os principais fatores de risco para a síndrome HELLP, a síndrome hipertensiva específica da gestação (SHEG) e suas complicações

pré-eclâmpsia e eclâmpsia, outros fatores predisponentes, como idade da mãe (precoce ou avançada), nuliparidade, gestações múltiplas se constituem em situações que podem desencadear ou agravar a síndrome HELLP⁽¹⁹⁾.

As manifestações de sinais e sintomas da Síndrome HELLP podem ser facilmente confundidos com pré-eclâmpsia grave, que são dor na parte alta ou central do abdome, cefaleia, náuseas, vômitos e mal-estar generalizado. decorrentes da síndrome HELLP. Vários órgãos nobres são afetados, tornando a síndrome de difícil diagnóstico e tratamento e por isso constituindo-se uma grande ocorrência de morbimortalidade materna e perinatal, possuindo uma elevada taxa de incidência e de prevalência no nosso país⁽¹⁹⁾.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que as mulheres, participantes deste estudo, apresentavam um conhecimento limitado em relação ao planejamento reprodutivo, visto que este envolve muitos fatores, além da simples suspensão do uso do anticoncepcional.

As mulheres iniciaram o pré-natal, tardiamente, tiveram dificuldades em estabelecer vínculos com os profissionais de saúde que as acompanharam bem como não se sentiram acolhidas nos serviços de saúde. Em relação as consultas, estas centraram-se nos procedimentos técnicos.

O conhecimento da gestação de risco se deu por acaso e, muitas vezes, quando elas ainda nem sabiam que estavam grávidas. Mesmo com o diagnóstico e problema na gestação, elas consideraram a gestação tranquila, embora tivessem intercorrências que culminaram com o nascimento de um RN de risco.

O planejamento da gravidez e um acompanhamento pré-natal de qualidade são fundamentais para contribuir para a redução da morbimortalidade materna e neonatal,

principalmente, no que tange aos nascimentos prematuros. Isto está diretamente relacionado com o momento vivenciado pela gestante na descoberta da gestação e a procura pelo atendimento de pré-natal.

REFERÊNCIAS

1. Zampieri MFM, Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. *RevBras Saúde Matern.* 2010; 10(3):359-67.
2. Duarte SJH. Motivos que levam as gestantes a fazerem o pré-natal: um estudo das representações sociais. *Ciênc Enferm* 2012; 18(2):75-82.
3. Basso CG, Neves ET, Silveira A. The association between attending prenatal care and neonatal morbidity. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(2): 269-275.
4. Ministério da Saúde. (BR) Pré-Natal e Puerpério. Atenção Qualificada e Humanizada. Manual Técnico. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº5. Brasília – DF, 2006.
5. Ministério da Saúde (BR).Saúde Sexual e Saúde reprodutiva - Cadernos de atenção básica . nº 26 - Brasília- DF, 2013
6. Ministério da Saúde (BR):WWW.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2014/SIS_2014.pdf
7. Figueiredo PP, Rossoni E. O acesso à assistência pré-natal na Atenção Básica à Saúde sob a ótica das gestantes. *Rev. Gaúcha. Enferm, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p 238/45. jun. 2008.*
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2010.
9. Borges ALV, Cavalhieri FB, Hoga LAK, Fujimori E, Barbosa LR.Planejamento da gravidez:prevalência e aspectos associados.*Rev. Esc. Enferm. USP.* 2011, vol.45, n.spe2, pp. 1679-1684.

10. Kavanaugh M, Schwarz EB. Prospective assessment of pregnancy intentions using a single-versus a multi-item measure. *Perspect Sex Reprod Health*. 2009;41(4):238-43.
11. Cezar JÁ, Mendoza SRA, Gonzalez CDA, Mano OS, Goulart FSM. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(5):985-994, mai,2011.
12. Costa JSD, Cesar JA, Haag CB, Watter G, Vicenzi K, Schaefer R. Inadequação do pré-natal em áreas pobres no Nordeste do Brasil: prevalência e alguns fatores associados. *Rev Bras. Saúde Matern. Infant*. 2013; 13(2): 101-109.
13. Peixoto CR, Freitas LV, Teles LMR, Campos FC, Paula PF, Damasceno AKC. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. *Rev. Enferm UERJ*. 2011; 19:286-91.
14. Lima AF, Melo AMAA, Ferreira MA. Pré-natal: um desafio para as gestantes acompanhadas nas unidades de saúde da família no município de Serra Talhada – PE. *Saúde Coletiva em Debate*, 2(1), 31-40, dez. 2012.
15. Simões ALA, Bittar DB, Mattos EF, Sakai LA. A humanização do atendimento no contexto atual de saúde: uma reflexão. *Reme: Rev. Min. Enferm*. 2007;11(1):81-5.
16. Alvim DAB, Bassoto TRP, Marques GM. Sistematização as assistência de enfermagem à gestante de baixo risco. *Rev. Meio Amb. Saúde*. 2007;2(1):258-72.
17. Carvalho-Barreto A, Bucher-Maluschke JSNF, Almeida PC, Souza E. Desenvolvimento humano e violência de gênero: uma integração bioecológica. *PsicolReflexCrit*. 2009;22(1):86-92.
18. Duarte G, Marcolin AC, Quintana SM, Cavalli RC. Infecção urinária na gravidez. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2008;30(2):93- 100.

19. Lopes GT, Oliveira MCR, Silva KM, Silva IF, Ribeiro APLP. Hipertensão gestacional e a síndrome Hellp. Ênfase nos cuidados de enfermagem. Revista Augustus .Rio de Janeiro v. 18 n .36 p . 77 - 89 jul . dez . 2013

**Artigo 2 - PARTO, NASCIMENTO E INTERNAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS
EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: RELATO DE MÃES²**

**DELIVERY, BIRTH AND HOSPITALIZATION OF NEWBORN IN
NEONATAL INTENSIVE CARE: REPORT OF MOTHERS**

**PARTO, NACIMIENTO Y LA HOSPITALIZACIÓN DE RECIÉN NACIDO EN
CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL: INFORME DE LAS MADRES**

RESUMO

Objetivo: descrever aspectos relacionados ao parto e ao nascimento de recém-nascidos que necessitaram de internação em terapia intensiva. **Método:** pesquisa qualitativa desenvolvida com 25 mães de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital de ensino. A coleta de dados ocorreu no período de agosto a outubro de 2014 por meio de entrevistas semiestruturadas. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. **Resultados:** as mulheres realizaram deslocamentos para conseguirem atendimento para si e seus filhos no momento do parto. O tipo de parto foi definido pelas condições clínicas do binômio mãe-filho. **Conclusões:** as mulheres, enquanto parturientes, necessitaram realizar deslocamentos para conseguir acessar os serviços de saúde para atender seu parto com segurança. O direito à participação da mulher no parto e nascimento foi tolhido, indo de encontro ao preconizado pelas políticas públicas vigentes.

Descritores: Recém-nascido. Assistência à Saúde. Enfermagem Neonatal. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objective: to describe aspects related to delivery and birth of babies who need of hospitalization in intensive care. **Method:** qualitative research conducted with 25 mothers of newborn infants admitted to neonatal intensive care unit of a teaching hospital. Data collection took place between August-October 2014 through semi-structured interviews. The data were submitted to thematic content analysis. **Results:**

²Artigo que será submetido à Revista Texto & Contexto Enfermagem. Autores: Ângela Maria Naidon; Eliane Tatsch Neves; Andressa da Silveira; Cristiane Cardoso de Paula.

women perform displacements to get care for themselves and their children at birth. The type of delivery was defined by the clinical conditions of the mother and child. **Conclusions:** the women, while pregnant in delivery labor, need to perform displacements to get access to health services to have your birth safely. The right to participation of women in labor and delivery was hampered by going against which is advocated by current public policies.

Descriptors: Newborn. Health Services. Neonatal Nursing. Women's Health.

RESUMEN

Objetivo: describir los aspectos relacionados con el parto y el nacimiento de los niños que requirieron ingreso en cuidados intensivos. **Método:** investigación cualitativa realizada con 25 madres de recién nacidos ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales de un hospital universitario. La recolección de datos se llevó a cabo entre agosto-octubre 2014 a través de entrevistas semi-estructuradas. Los datos fueron sometidos a análisis de contenido temático. **Resultados:** las mujeres realizan desplazamientos a recibir atención para ellos y sus hijos al nacer. El tipo de parto se definió por la condición clínica de la madre y el niño. **Conclusiones:** las mujeres, mientras que embarazadas, necesitan llevar a cabo desplazamientos para obtener acceso a los servicios de salud para conocer a su luz de manera segura. El derecho a la participación de las mujeres en trabajo de parto y el parto fue bloqueado por ir en contra de abogado por políticas públicas actuales.

Descriptores: Recien-nascido. Servicios de Salud. Enfermería Neonatal. Salud de la Mujer.

INTRODUÇÃO

O parto e nascimento caracterizam-se como momentos marcantes na vida das mulheres/mães, pois representam a transição da incumbência do papel de mulher como mãe. Ademais, este acontecimento ocorre por meio do parto, que, por sua vez, é um processo que causa mudanças fisiológicas e psicológicas rápidas e intensas na mulher, possibilitando a saída da criança do corpo materno para vir ao mundo.¹

Dar atenção a este momento especial na vida da mulher e sua família inclui a assistência ao parto e nascimento pautado nos princípios da humanização. Nesta lógica foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Humanização no Pré-Natal e

Nascimento (PHPN), que tem por objetivo cuidar da saúde da mulher desde o período crítico da gravidez, até o parto e puerpério bem como da saúde da criança.²

Porém, algumas vezes, o nascimento pode vir acompanhado de intercorrências que podem levar o RN a necessitar de terapia intensiva, entre as mais comuns encontra-se a anóxia neonatal e os distúrbios respiratórios relacionados à prematuridade.³⁻⁴

Estas intercorrências interferem diretamente nas taxas de morbimortalidade neonatal e infantil. A taxa de mortalidade infantil é um indicador que reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, assim como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil. A estimativa da mortalidade infantil no Brasil, em 2013, foi de 15 mortes para 1000 nascidos vivos. A melhoria neste indicador foi significativa, uma vez que em 2000 era estimado em 29 mortes por 1000 nascidos vivos, representando uma queda de 48,2%. Entretanto, em 2013, desigualdades regionais ainda podiam ser observadas: Regiões Nordeste (19,4), Norte (19,2) e Centro-Oeste (15,6) com valores maiores ao da média nacional, enquanto, Sudeste (11,6) e Sul (10,4) apresentavam valores inferiores.⁵

O SINASC, sistema do Ministério da Saúde, apontava um discreto aumento no percentual de prematuridade, de 6,8% para 7,2% entre 2000 e 2010. Entretanto, em 2013, um estudo da UNICEF corrige o valor de 2010 para 11,7%. Paradoxalmente, as regiões mais desenvolvidas (Sul e Sudeste) são as que apresentam os maiores percentuais de prematuridade (12% e 12,5%, respectivamente), seguidos pela Região Centro-Oeste (11,5%), Nordeste (10,9%) e Norte (10,8%).⁶

Um estudo realizado no Sul do Brasil apontou que entre os recém-nascidos internados em uma UTI neonatal, em um período de cinco anos, 54,5% eram prematuros, 63% tiveram complicações no parto e causas respiratórias. Sendo que as principais causas para a internação foram a prematuridade em 54,1% dos nascimentos. Além disso, a prematuridade foi identificada como a principal causa de mortalidade entre os neonatos desta UTIN.⁷

A melhoria das taxas de morbimortalidade infantil e neonatal está diretamente relacionada com a criação de políticas públicas específicas voltadas para a saúde da mãe e do recém-nascido. Dentre estas, destaca-se a Rede Cegonha, que é uma estratégia voltada para os princípios da humanização e assistência.⁸

Nesta, as mulheres, os RNs e as crianças têm direito a: ampliação do acesso ao serviço de saúde, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal; transporte tanto

para o pré-natal quanto para o parto; vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto ("Gestante não peregrinal!" e "Vaga sempre para gestantes e bebês!"); realização de parto e nascimento seguros, por meio de boas práticas de atenção; acompanhante no parto, de livre escolha da gestante; atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade; acesso ao planejamento reprodutivo.⁸

No entanto, ainda a realidade mostra que, o processo de internação e tratamento especializados representam vários desafios à criança, sobretudo aos pais. Muitas vezes, esta situação faz com que os pais necessitem deslocar por diversas instituições a fim de assegurar uma melhor assistência e garantir o bem estar da criança.⁹

O enfermeiro como profissional comprometido com a promoção da saúde, deve investir em melhores práticas de acolhimento à gestante, ao acompanhamento pré-natal com qualidade, contemplando as necessidades de saúde do binômio mãe-bebê. Nesse propósito, acredita-se que a gestante deve ser atendida de forma adequada, minimizando os agravos à saúde do RN e assim melhorar assistência de qualidade à mãe e ao neonato.⁴

Nesse contexto, questionou-se no estudo quais aspectos do parto e nascimento contribuem para a necessidade de internação de um bebê, *a priori* saudável, em terapia intensiva? Assim, este estudo teve por objetivo descrever aspectos relacionados ao parto e ao nascimento de recém-nascidos que necessitaram de internação em terapia intensiva.

MÉTODOS

Pesquisa com abordagem qualitativa desenvolvida com 25 mulheres que estavam com seus filhos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) de um hospital de ensino público, referência no sul do Brasil há época da coleta de dados.

Foram critérios de seleção para a pesquisa mulheres mães de recém-nascido de risco internado na UTIN que realizaram o pré-natal e que tivessem condições cognitivas de responder a entrevista da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto a outubro de 2014, por meio de entrevista com a utilização de um roteiro semiestruturado, abordando, entre outras, questões relativas a realização do pré-natal, ao parto, ao nascimento e a internação do recém-nascido na UTIN.

As entrevistas foram desenvolvidas em uma sala reservada junto à UTIN, gravadas em aparelho digital com autorização prévia das mulheres, tendo uma duração média de 20 minutos. Posteriormente, foi realizada a dupla transcrição na íntegra e em seguida o material empírico, *corpus* da pesquisa, foi submetido à análise de conteúdo do tipo temática.⁹Na análise temática, utilizou-se a codificação cromática, conforme os temas encontrados, destacando as unidades de significado de acordo com os objetivos do estudo, originando as categorias temáticas.

Para o desenvolvimento da pesquisa seguiu-se as recomendações da Resolução 466/2012. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM sob o número de CAAE 31103114.2.0000.5346. As participantes, após lerem e concordarem com o teor assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para os participantes menores de 18 anos utilizou-se o termo de assentimento e, após, obteve-se a assinatura do responsável no TCLE. Para preservar o anonimato foi utilizado um código alfanumérico para as participantes, representado pela letra M, seguido de numeração na ordinal na sequência em que foram realizadas as entrevistas.

RESULTADOS

As participantes da pesquisa foram 25 mulheres que, em sua maioria, apresentavam idades entre 16 e 39 anos, de cor branca, casadas e/ou viviam em união estável, com o ensino fundamental completo e incompleto. A renda familiar variou de R\$545,00 a R\$1635,00 e somente oito delas trabalhavam formalmente. Entre as participantes uma era tabagista, duas consumiam bebidas alcoólicas raramente e a totalidade negou utilizar drogas ilícitas.

Quanto aos dados gestacionais, 11 das participantes eram primigestas e cinco já tiveram algum tipo de aborto. As consultas de pré-natal variaram entre três e 14, sendo que 18 realizaram a primeira consulta no primeiro trimestre de gestação e sete no segundo trimestre de gestação.

Os recém-nascidos totalizaram 26, com um caso de gemelaridade, sendo a maioria do sexo masculino (19). Entre os RNs 19 nasceram por cesariana e às principais causas de internação na UTIN foram a síndrome do desconforto respiratório e a prematuridade. Ressalta-se que alguns recém-nascidos receberam mais de um diagnóstico médico no momento da internação.

A seguir serão apresentados os temas que emergiram a partir da análise temática das entrevistas desvelando os aspectos relacionados ao parto, ao nascimento e à internação na UTIN.

Aspectos relacionados ao parto e nascimento

Os enunciados das participantes traduziram o caminho percorrido pelas mães para darem à luz a seus filhos: *Eu liguei para a mãe ficar comigo, aí a mãe disse tem alguma coisa anormal porque as dores eram de 10 em 10 minutos, procuramos um posto de saúde [...] e daí me encaminharam para cá, [hospital de referência] porque eu já estava em trabalho de parto e com dilatação só que ela não pode nascer normal, porque ela estava sentadinha. (M1)*

Quanto ao deslocamento que elas precisam fazer para chegar ao serviço e terem um atendimento, obteve-se os seguintes relatos: *Arrebentou a bolsa de manhã aí eu fui [cidade mais próxima] fiquei lá para fazer os exames, tudo o doutor me examinou. Como arrebentou a bolsa e eu não senti mais dor ele me encaminhou para cá [hospital de referência à 155 km de distância da cidade que estava] para poder ganhar, porque o hospital tinha que ter uma UTI para o bebê porque lá [cidade de origem] não tem. Daí eu vim para cá fizeram exame e mandaram para o quarto, eles[médicos] examinavam de hora em hora no domingo fizeram a cesárea com 30 semanas e uns dias. (M2).*

Para M7 o caminho incluiu o deslocamento de outro município distante 80 Km: *Nós viemos do hospital da [nome do município][...] lá, o outro médico [...] fez o exame de toque e estava com quatro dedos de dilatação e a bolsa tinha rompido em casa. Aí ele mandou pra cá (M7).*

Ainda sobre o deslocamento, ela continua, mesmo após o nascimento do bebê: *Ele [trabalho de parto] foi induzido, com 39 semanas. Porque, a princípio queria que fosse de parto normal, porque a minha primeira foi. Porque eu tinha certeza que ia dar tudo certo com a segunda também. Daí cheguei no hospital às 07 e 35 horas do dia 9 me colocaram soro. Nove e quarenta e cinco rompeu a bolsa, daí fui para sala de parto. Daí chamaram a doutora e a moça [recém-nascido] estava com uma volta do cordão no pescoço, não dava mais tempo de fazer cesárea, tivemos que fazer ela nascer. Aí tivemos que vim pra cá [hospital de referência à 64 km da cidade de origem] porque deu uma parada respiratória. (M25)*

Como a pesquisa foi realizada num hospital de referência na região central, e possui uma unidade de terapia intensiva neonatal, recebe muitos casos com

intercorrências durante a gestação. Em algumas situações o parto é realizado na cidade de origem da mãe, mas o recém-nascido necessita de cuidados especializados, o que determina a transferência deste para uma UTIN de referência.

Algumas participantes residiam em cidades do interior, em geral sem muitos recursos, sendo normalmente avaliadas por médicos plantonistas clínicos gerais. Isto tornava a situação ainda mais angustiante para essas mulheres. Trata-se de um momento em que elas encontravam-se com as emoções afloradas pelo nascimento do filho e, ao mesmo tempo, inseguras com a situação, com a possibilidade de transferência para outra cidade.

Em relação à escolha do tipo de parto, as situações de risco, se impuseram deliberando a necessidade da cesariana, conforme segue: *Estourou a bolsa em casa [...]. Daí eu cheguei [...] de madrugada, eles fizeram os exames, escutaram o coraçãozinho e viram que ele estava meio paradinho, daí me passaram pra cesariana (M4).*

Foi quando diagnosticaram diabetes, pré-eclâmpsia e daí me falaram que eu ia precisar ir para a cesárea (M5).

O trabalho de parto começou de manhã, eu estava tentando ganhar normal. Mas, daí começou a diminuir a frequência cardíaca do nenê. Aí eu tive que fazer cesárea (M16).

Eu internei aqui, [...] aí cheguei no ultrassom e me deram um susto porque ela falou que o nenê estava totalmente sem água e já me deu a notícia que eu ia fazer a cesárea naquela tarde (M20).

Os relatos apontaram que as condições clínicas do bebê e da mãe determinaram o tipo de parto. Assim, a cesariana foi prevalente nestes casos por tratar-se de parto em situações de risco. Nestes casos, a mulher não teve participação no processo de decisão sobre o seu tipo de parto, impondo-se um parto de risco para preservar a vida de ambos, mãe e filho.

Quanto ao momento do parto, as mulheres enunciaram: *Foi tranquilo, teve que ser meio ligeirinho, mas foi tranquilo (M4).*

Minha reação foi tranquila, porque ela [médica] me deu todas as informações (M5).

Eu quase morri. Diz que eu fiquei toda roxa assim, porque eu não aguentava mais de tanta dor que eu sentia. E eu ia pra baixo do chuveiro e voltava e mandavam eu fazer massagem, não consegui dormir (M12).

Foi muito bom, bem tranquilo (M19).

Mesmo diante de situações de risco durante a parturição, ainda assim, as mulheres relataram que consideraram que o parto foi tranquilo.

Quanto às questões relacionadas ao nascimento, as participantes enunciaram: *Eu senti muita dor, muita dor o tempo todo. Na cesárea. Não sei por que, também o nervosismo por eu saber que ele não resistiria devido a semanas, eu entrei em estado de choque. Foi cruel (M22).*

Cheguei aqui, eles me internaram, me examinaram. O doutor anotou duas cesáreas prévias, que não podia ser parto normal. Aí eles me internaram pra fazer à cesárea, porque eles sabiam que eu não ganhava parto normal (M24).

Foi induzido, com 39 semanas. Porque, a princípio eu queria que fosse parto normal, porque a minha primeira foi de parto normal. Pra mim eu tinha certeza que ia dar tudo certo com a segunda também. Daí cheguei no hospital e me colocaram soro, rompeu a bolsa e fui pra sala de parto, chamaram a doutora e o nenê estava com uma volta do cordão no pescoço. Daí não dava mais tempo de fazer cesárea, tivemos que fazer ela nascer, depois tivemos que vim pra cá porque deu uma parada respiratória, mas agora está bem já (M25).

Devido às complicações ocorridas durante o trabalho de parto, algumas destas mães ficaram traumatizadas com o processo de nascimento. Para elas, naquele momento, o principal pensamento era o bem estar do RN, independente da dor que estavam sentindo. Em um dos relatos a mãe conviveu, durante o parto, com a possibilidade de óbito de seu filho, devido à gravidade em que se encontrava. Algumas mães ainda desconheciam a informação que as gestações podem se apresentar de formas diferentes e que embora a sua gestação não tenha tido intercorrências, não estão isentas de riscos.

Aspectos relacionados ao impacto da internação do filho recém-nascido na UTIN

O impacto da internação do filho recém-nascido em uma UTIN começa durante a gestação, mesmo ela não sendo considerada de risco desde o início: *Ele estava com muita dificuldade para respirar sozinho (M3).*

Quando fizeram o teste da glicose e já estava baixando muito (M5).

Por causa do esôfago, a médica explicou que ele tinha um desvio (M9).

Por que ela estava com baixo peso (M14).

Por causa que ela estava amarelinha (M16).

Pelas falas das mães, os motivos que demandaram a internação dos RNs na UTIN foram diversos e, dependendo do problema, foi uma internação rápida, o que tranquilizou, de certa forma, mãe e familiares. Alguns desses recém-nascidos já estavam na maternidade junto à mãe e necessitaram ser transferidos para a UTIN.

Quanto ao momento em que as mulheres souberam sobre a necessidade de internação do filho na UTIN, segue-se os seguintes depoimentos: *Depois que ele nasceu [...] (M4).*

No momento que eu internei já me avisaram [...] (M6)

Foi no segundo dia de vida dele, apareceu no exame que ele estava com amarelão. (M10).

No momento em que ele nasceu, porque ele não chorou. (M24).

Algumas mães foram comunicadas da necessidade de internação na UTIN no momento do nascimento do seu filho, enquanto outras já haviam sido informadas previamente devido à intercorrências durante a gestação, principalmente nos casos em que a gestação teve que ter sua interrupção antecipadamente.

Ao saber da necessidade de internação do filho na UTIN, as mães reagiram de várias formas, como segue: *Foi bem complicado, pois eu já tinha passado por isso antes (M3).*

Quando eu vi eles todo cheio de aparelho e coisa, precisou ser entubado, eu fiquei muito desesperada (M7).

Eu fiquei desesperada (M18).

Eu fiquei bem assustada (M20).

As mães sabendo que seus filhos teriam que ir para UTIN, relataram sentimentos relacionados ao desespero, medo e tristeza. Uma das mães relatou que já teve outro filho internado na UTI, por isso encontrava-se fragilizada e insegura quanto à vida de seu filho. Percebeu-se que algumas mães sentem-se culpadas, por verem seus filhos nessa situação, sendo acompanhadas por angústias e aflições.

Em relação à necessidade de separação precoce entre mãe e bebê devido à internação na UTIN, elas relataram: *ele ficou uns minutinhos comigo, depois eles resolveram que ele tinha que ir para a UTI. (M4).*

Quando ela nasceu foi para o berço aquecido e as gurias me disseram que ela estava com dificuldade para respirar [...] daí eu fui para o quarto.(M5).

Porque eu não tinha visto na hora [...] ele nasceu, daí eles pegaram e levaram assim ligeiro. (M12)

Dessa forma, percebe-se a dificuldade que as participantes tiveram em dar início a constituição do vínculo com seus filhos devido a separação precoce pela instabilidade clínica dos mesmos.

DISCUSSÃO

Devido à complexidade e particularidade da situação, cada mulher deve receber um atendimento diferenciado, pois a visão sobre o que é o parto e a maneira como ele é vivenciado é única, portanto, o cuidado e o conforto devem ser proporcionados visando a singularidade de cada parturiente. Devido à complexidade e particularidade de cada situação.¹¹

Considera-se, ainda, que os pontos fundamentais do cuidado e do acolhimento às mulheres no parto não estão somente nas rotinas e instalações físicas, mas nas situações em que profissional e cliente se relacionam por meio da satisfação. Isto faz com que as relações interpessoais sejam os instrumentos que contribuam para a vivência da hospitalização, fazendo desse relacionamento o eixo fundamental para a humanização do acolhimento na assistência à saúde bem ao parto.^{12,8}

O parto normal vem sendo cada vez mais difundido e valorizado. Contudo, este estudo foi realizado em um hospital de referência para gestação de alto risco, em que o parto cesáreo foi predominante em decorrência das complicações ao final da gestação. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os cuidados perinatais visam a manutenção da saúde materno-fetal através da mínima intervenção médica. Assim, a cesariana é um procedimento cirúrgico desenvolvido com o intuito de reduzir o risco de complicações maternas e fetais durante a gravidez e o parto que, dado não ser inócuo e acarretar implicações e riscos para o futuro reprodutivo da parturiente, não deve ser levado a cabo na ausência das indicações médicas descritas.¹³

A gestação é o momento no qual a mulher expressa os sentimentos e receios relacionados ao parto e, na maior parte das vezes, esses sentimentos são ambivalentes, interferindo na opção da mulher pelo tipo de parto. Entre os motivos que influenciam o processo de decisão, está o medo do parto, ansiedade, angústia, questões pessoais, padrão social, histórico de complicações clínicas ou obstétricas dos partos anteriores.¹⁴

¹⁵ No caso, das mulheres deste estudo, em sua maioria, não puderam participar deste processo decisório devido a situação de risco em que se encontravam, impondo-se a decisão médica pela cesariana.

A dor durante o trabalho de parto interfere no fator emocional da parturiente. Embora possua natureza sensorial, a ansiedade e o medo podem aumentar a percepção de sua intensidade, uma vez que se apresenta de forma individualizada e varia de acordo com a experiência da parturiente.¹⁶ As participantes do estudo, além da dor e dos aspectos emocionais relacionados ao parto, ainda vivenciaram a situação de risco de morte do bebê.

O nascimento é um momento de grandes transformações e adaptações para o recém-nascido, sendo esse, muitas vezes, um momento decisivo para o crescimento e desenvolvimento dessa criança. No Brasil, a atenção à saúde dos recém-nascidos tem sofrido influência do desenvolvimento científico, traduzido pelos vários equipamentos tecnológicos, além de técnicas e procedimentos utilizados na assistência. Isso foi um determinante para contribuir para a viabilidade de neonatos antes inviáveis.¹⁷

Entretanto, uma das características do período neonatal são as altas taxas de morbimortalidade por ser uma fase de muitas fragilidades do ser humano e a alta predisposição para acontecer desses bebês a terem sequelas muitas vezes incapacitantes e de longa duração. Quando o nascimento é antecipado, o recém-nascido é exposto a riscos, ou por sua imaturidade fisiológica ou por já estar em sofrimento intrauterino.¹⁸ Entre as causas de internação mais prevalente de um RN na UTIN destaca-se a prematuridade. Estudo desenvolvido em Cuiabá/MT, apontou que entre os óbitos neonatais destacou, entre as causas, realização de menos de sete consultas pré-natais, a prematuridade e o baixo peso.¹⁹

A internação do filho na UTIN pode levar a desestruturação da família, por ser esse um acontecimento inesperado em alguns casos. Com isso algumas mães acabam desenvolvendo insegurança, medo, tristeza, ansiedade, sentimentos de culpa por toda essa situação. O ser mãe é um momento singular, peculiar e esperado pelas mulheres. O processo de gestação e parto faz parte da vida alterando o papel social da mulher.²⁰

Nos partos prematuros, por vezes, o recém-nascido precisa de atendimento imediato na sala de parto antes de ser encaminhado à UTIN, sendo o contato físico pele a pele com a mãe adiado em decorrência das suas condições e de rotinas institucionais. Esta separação, normalmente, é total no primeiro dia e parcial nos dias subsequentes.²¹

Assim, as possibilidades de ter um filho internado em uma UTIN consolidam, muitas vezes, o distanciamento do RN tão desejado e a sensação de perda, conduzindo os pais a um sentimento de luto. A partir do momento em que recebem a notícia de que seu filho necessitará de atendimento especializado, em uma UTIN, os pais são

surpreendidos por outros sentimentos além daqueles gerados pelo nascimento de um bebê de risco. Estes incluem o desespero, a angústia e a insegurança quanto ao futuro que, repentinamente, se torna incerto e ameaçado pelo medo e pela culpa de deixar seu filho hospitalizado em uma UTIN e não levá-lo para casa.²²

Sabe-se que o contato entre mãe e filho deve ser o mais precoce possível, pois estimula uma série de eventos fisiológicos e comportamentais contribuindo de forma positiva para ambos. No caso de internação da criança na UTIN, este contato fica comprometido muitas dúvidas acerca da sobrevivência da criança são, muitas vezes, associada a sentimentos de incapacidade, culpa e medo.²³

A hospitalização em UTIN insere o RN em uma atmosfera inóspita, em que a exposição ao estresse e à dor é comum por meio de terapias complexas. Verifica-se que à beira do leito, as mães apresentam-se assustadas e curiosas ao observarem o ambiente físico repleto de aparelhos e sons, talvez desconhecidos. Ao poderem ver seus filhos, no entanto, seu olhar se transforma em afeto. Este momento é de fundamental importância para estabelecer o vínculo mãe-bebê.²⁴

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstraram aspectos do parto, do nascimento e da internação na UTIN, a partir do relato de mães. Estas passaram por situações de risco, inesperadas e temeram pela vida do seu filho e delas, momentos que poderiam ser evitados.

Os achados deste estudo, apontaram que as mulheres, enquanto gestantes, necessitaram realizar um deslocamento para conseguir acessar os serviços de saúde para atender seu parto com segurança. Do mesmo modo, em relação ao momento do parto, este, por se caracterizar como um nascimento de risco, retira desta mulher seu direito à participação no processo como um todo. Nesse contexto, também o bebê encontra-se em situação de fragilidade, não tendo, por vezes, o contato direto e imediato com a mãe pela necessidade de internação em UTIN.

Diante disso, foi possível refletir acerca das vivências e dos sentimentos que envolvem nesse momento. Considera-se que as mulheres mães de RNs internados em UTIN têm o direito de ter esclarecimento dos profissionais de saúde, acerca das condições de sua gestação e a probabilidade de necessitar de um serviço de referência de forma adequada e rápida. Isto trará tranquilidade para a mulher e sua família, e ao mesmo tempo confiança na equipe que a assiste.

REFERÊNCIAS

1. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita NS. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Esc. Anna Nery*. 2014, vol.18, n.2, pp. 262-269.
2. Ministério da Saúde.(BR) Humanização do parto e do nascimento– Cadernos HumanizaSUS vol.4 Brasília – (DF); 2014.
3. Heringhaus A, Blom MD, Wigert H. Becoming a parent to a child with birth asphyxia-From a traumatic delivery to living with the experience at home. *Int J Qualitative Stud Health Well-being* [online] Acesso em 14 de abril de 2015. 2013.8: 20539 - <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20539>. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3643077/pdf/QHW-8-20539.pdf>>
4. Basso, CG; Neves, ET, Silveira, A. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. *Texto contexto Enferm*. 2012, vol.21, n.2, pp. 269-276.
5. Ministério da Saúde (BR) Sistema Nacional de Dados. Estatísticas vitais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
6. Ministério da Saúde (BR) Sistema Nacional de Dados. Estatísticas vitais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
7. Pieszak GM, Neves ET, Canterle IR, Magnago TSBS, Arrué AM, Silveira A . Mortalidade de neonatos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal do sul do Brasil. *Evidentia*. 2013 oct-dic; 10(44).
8. Ministério da Saúde (BR). Atenção à Saúde do Recém-Nascido, Guia para os Profissionais de Saúde. Brasília (DF); 2011
9. Rocha RS, Lúcio IML, Lopes MMCO, Lima CRC, Freitas ASF. Promoção do cuidado humanizado à família pela equipe de enfermagem na unidade neonatal. *Rev Rene*. 2011; 12(3):502-9.
10. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12 ed. São Paulo. Hucitec, 2010.
11. Griboski RA, Guilhem D. Mulheres e profissionais da saúde o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(1):107-14.
12. Davim RMB, Gilson VT. Acolhimento: opinião de puérperas em sistema de alojamento conjunto em uma maternidade pública de Natal/RN. *Rev. Rene*. 2008; 9 (3):37-43.
13. Ministério da saúde.(BR) Gestação de Alto Risco, Manual Técnico 5ª edição Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF) 2012
14. Ferrari J. Preferência pela via de parto nas parturientes atendidas em hospital público na cidade de Porto Velho, Rondônia. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2010;10(Suppl 2):S409-17.

15. Kasai KE, Nomura RM, Benute GR, de Lucia MC, Zugaib M. Women's opinions about mode of birth in Brazil: a qualitative study in a public teaching hospital. *Midwifery*. 2010;26(3):319-26.
16. Carvalho FAM, Pinheiro AKB, Ximenes LB. Assistir à parturiente: uma visão dos acadêmicos de enfermagem. *Rev Rene*. 2010; 11(1):86-93.
17. Costa R, Padilha MI, Monticelli M. Produção de conhecimento sobre o cuidado ao recém-nascido em UTI Neonatal: contribuição da enfermagem brasileira. *RevEscEnferm USP*. 2010; 44(1): 199-04
18. Piovesan LR Silveira DL, Andres B, Neves ET, Lopes LFD. A morbimortalidade e a caracterização das demandas de cuidados de recém-nascidos procedentes de Santa Maria internados na UTINEo do HUSM no ano de 2002. *Ciência, Cuidado e Saúde* 7 (2013).
19. Gaíva MAM, Bittencourt RM, Fujimori E. Óbito neonatal precoce e tardio: perfil das mães e dos recém-nascidos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(4):91-97.
20. Pereira ALF, Moura MAV. Ciência, natureza e nascimento humano: interfaces com o movimento de humanização do parto. *Rev Eletrônica Enferm* 2008; 10(2):537-43.
21. Melo, R C J; Souza, I E O and Paula, C C. O sentido do ser-mãe-que-tem-a-possibilidade-de-tocar-o-filho-prematuro na unidade intensiva: contribuições para a enfermagem neonatal . *Esc. Anna Nery*. 2012, vol.16, n.2, pp. 219-226.
22. Oliveira K, Veronez M, Higarashi IH,Correa DAM. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. *Esc. Anna Nery*. 2013, vol.17, n.1, pp. 46-53.
23. Costa MCG, Arantes MQ, Brito MDC. A UTI neonatal sob a ótica das mães. *Rev Eletrônica Enferm*. 2010;12(4):698- 704.
24. Schmidt KT, Terassi M, Marcon SS, Higarashi IH. Práticas da equipe de enfermagem no processo de alta do bebê pré-termo .*Rev. Bras. Enferm*. 2013, vol.66, n.6, pp. 833-839.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontam, que mesmo assegurados pelas políticas voltadas para a saúde da mulher e do recém-nascido, as mães continuam passando por dificuldades no momento da parturição. Nesse sentido, os relatos das mães apontam para a necessidade de um atendimento qualificado para o pré-natal, parto e nascimento.

O planejamento reprodutivo é um importante desafio a ser enfrentado, pois há uma distância considerável entre o que é preconizado nas ações de promoção e atenção à saúde sexual e reprodutiva e o que é realmente vivenciado pelas mulheres em idade reprodutiva. (BORGES et al., 2011)

Sabe-se que um dos objetivos do pré-natal é reduzir as taxas de morbimortalidade materno-fetal. Isto depende tanto dos cuidados recebidos no período gestacional quanto da assistência recebida no momento do parto. Os exames ofertados, durante as consultas de pré-natal ajudam identificar várias situações de risco, possibilitando agir precocemente (CEZAR et al, 2011).

Para que o pré-natal seja qualificado, é de suma importância que tanto os profissionais como o serviço de saúde estejam preparados. O profissional que recebe a gestante deve estar atento a fatores psicossociais, econômicos e familiares, o que pode influenciar diretamente na continuidade do atendimento pré-natal e, conseqüentemente, na qualidade do acompanhamento (PEIXOTO, 2011). O profissional de enfermagem deve atuar de acordo com as necessidades das gestantes, e estabelecer as intervenções e orientações necessárias para que melhor sejam assistidas (LIMA, 2012).

Ao realizar a atenção pré-natal, a equipe de saúde precisa dar prioridade para a humanização durante o atendimento à mulher gestante. É preciso compreender a humanização como uma prática pautada em princípios, tais como, a integralidade e a equidade das ações, evidenciando os usuários como sujeitos de direitos e participantes ativos do seu processo saúde/doença (SIMÕES et al., 2007).

Nesse contexto, o enfermeiro é muito importante para fortalecer o atendimento no pré-natal; entretanto, para isso é necessário ter pessoas qualificadas para atender à mulher no ciclo gravídico-puerperal (CUNHA et al., 2009).

Assim, o diagnóstico precoce de intercorrências clínicas torna-se imprescindível, durante a assistência pré-natal, evitando o comprometimento do prognóstico materno e gestacional. Como exemplo, pode-se citar que a forma mais comum de infecções nas

gestantes é a infecção urinária, sendo uma complicação relevante no período gestacional, agravando tanto o prognóstico materno quanto o fetal (DUARTE et al., 2008)

As manifestações de sinais e sintomas da Síndrome HELLP podem ser facilmente confundidos com pré-eclâmpsia grave, vários órgãos nobres são afetados, tornando a síndrome de difícil diagnóstico e tratamento, e, por isso constituindo-se uma grande ocorrência de morbimortalidade materna e perinatal, possuindo uma elevada taxa de incidência e de prevalência no nosso país (LOPES, 2013)

Outro aspecto importante a ser discutido refere-se, a maneira como o parto é vivenciado, que é uma experiência única para cada mulher. Independentemente de se constituir uma rotina nos hospitais e maternidades, a diferença é o atendimento oferecido, bem como o cuidado e o conforto proporcionados, levando-se em conta a singularidade de cada parturiente, de acordo com a complexidade e a particularidade de cada situação (GRIBOSKI, 2006).

Os pontos fundamentais para acolher e prestar cuidados às mulheres, no momento do parto, não estão somente ligados às rotinas e instalações físicas, mas à atuação profissional, sendo que as relações interpessoais são os verdadeiros instrumentos que contribuem para a vivência da hospitalização. Pode-se dizer que esse relacionamento é o eixo fundamental para a humanização do acolhimento na assistência à saúde, bem como do parto (DAVIM, 2008; BRASIL, 2002).

Este estudo foi realizado em um hospital de referência que atende gestações de alto risco, prevalecendo a cesariana, em decorrência das complicações da gestação. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os cuidados perinatais visam à manutenção da saúde materno-fetal, utilizando-se a mínima intervenção médica. Assim, a cesariana é um procedimento cirúrgico desenvolvido, com o intuito de reduzir o risco de complicações maternas e fetais, durante a gravidez e o parto, sempre que necessário, não devendo ser, comumente, a indicação médica (BRASIL, 2012).

Observa-se que, durante o trabalho de parto, a dor atua diretamente no aspecto emocional da parturiente. Embora seja de natureza sensorial, a ansiedade e o medo podem aumentar a percepção de sua intensidade, uma vez que se apresenta de forma individualizada e varia de acordo com a experiência da parturiente (CARVALHO, PINHEIRO, XIMENES; 2010). Desse modo, as participantes do estudo, além da dor e de todos os aspectos emocionais relacionados ao parto, ainda vivenciaram a situação de risco iminente de morte do bebê.

Considera-se que grandes transformações e adaptações ocorrem para o recém-nascido, no instante do nascimento, sendo, muitas vezes, um momento ímpar para o crescimento e o

desenvolvimento da criança. No Brasil, o modelo de atenção à saúde dos recém-nascidos teve grande desenvolvimento científico e tecnológico, além de técnicas e procedimentos utilizados na assistência. Isto foi um determinante para auxiliar no desenvolvimento socioeconômico, político e cultural da sociedade e, como resultado, a viabilidade de neonatos, antes, inviáveis (COSTA, PADILHA, MONTICELLI, 2010).

As altas taxas de morbimortalidade, no período neonatal, estão associadas às fragilidades do ser humano e à alta predisposição para acometer os bebês a terem sequelas, muitas vezes, incapacitantes e de longa duração. Quando o recém-nascido tem que nascer, antecipadamente, ele acaba ficando mais exposto, ou por sua imaturidade fisiológica, ou por já estar em sofrimento intrauterino (PIOVEZAN et al, 2013). As causas mais prevalentes de internação de um RN na UTIN são a prematuridade. Um estudo, desenvolvido em Cuiabá/MT, mostrou que, entre os óbitos neonatais, foram destacadas, entre as causas, a realização do pré-natal, com menos de sete consultas, a prematuridade e o baixo peso, destacando-se a necessidade de maiores investimentos na melhoria da qualidade da atenção pré-natal (GAÍVA, 2013).

Não obstante, em alguns casos, a internação do filho na UTIN é um acontecimento inesperado e este fato pode deixar a família mais fragilizada. Com isto algumas mães acabam desenvolvendo insegurança, medo, tristeza, ansiedade, por toda situação apresentada. O ser mãe é um momento singular que transforma o papel social da mulher (PEREIRA, 2008).

Nessa perspectiva, o recém-nascido prematuro necessita, em muitos casos, de atendimento imediato na sala de parto, antes de ser encaminhado à UTIN, sendo adiado o contato físico de pele a pele com a mãe, muitas vezes, em decorrência das condições e das rotinas institucionais. Esta separação, normalmente, é total no primeiro dia e parcial nos dias seguintes (MELO, SOUZA, PAULA, 2012).

No momento em que os pais e a família recebem a notícia de que seu filho necessitará de atendimento especializado, em uma UTIN, eles são surpreendidos por sentimentos, tais como, o desespero, a angústia e a insegurança quanto ao futuro que, repentinamente, se torna incerto e ameaçado pelo medo e pela culpa de deixar seu filho hospitalizado em uma UTIN e não poder levá-lo para casa. Assim, as possibilidades de ter um filho internado em uma UTIN consolidam o distanciamento da mãe em relação ao RN e podem causar a sensação de perda, conduzindo os pais a um sentimento de luto (CORRÊA, et al., 2013).

Nesse sentido, os profissionais de enfermagem e da saúde devem ter um olhar diferenciado para a gestante, priorizando a atenção ao pré-natal, para garantir que a

parturiente tenha um parto e nascimento sem intercorrências e que possa ter um filho saudável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo indicaram alguns aspectos na identificação da gestação, do pré-natal, do parto, do nascimento e da internação na UTIN, a partir do relato de mães. Estas passaram por situações clínicas delicadas, inesperadas e temeram pela vida do seu filho e delas próprias, momentos que poderiam ser evitados.

As mulheres, participantes deste estudo, em relação ao planejamento reprodutivo, apresentaram um conhecimento limitado por diversos fatores, reduzindo-o somente a suspensão do uso do anticoncepcional.

Algumas mulheres iniciaram, tardiamente, as consultas de pré-natal; outras tiveram dificuldades em estabelecer vínculos com os profissionais de saúde que as acompanharam, bem como não se sentiram acolhidas nos serviços de saúde.

Também, descobriram-se com problemas de saúde e, com uma gestação de risco, muitas vezes, quando elas ainda desconhecem estar grávidas. Mesmo com o diagnóstico de gestação de risco, elas consideraram a gestação tranquila, embora tivessem intercorrências que culminaram com o nascimento de um RN de risco.

Nesse contexto, para contribuir com a redução da taxa de morbimortalidade materna e neonatal, principalmente, para diminuir os nascimentos prematuros é fundamental realizar um planejamento da gestação e ter um pré-natal de qualidade. Isto está relacionado diretamente com o momento da identificação da gestação vivenciado e a procura pelo atendimento de pré-natal.

Os achados deste estudo apontaram que as mulheres precisaram, muitas vezes, realizar um deslocamento para conseguir acesso aos serviços de saúde para atender o seu parto com segurança. A situação de risco, no momento do parto, obstaculizou o direito destas mulheres à participação nas decisões do processo como um todo. Nesse contexto, também devido a situação de fragilidade clínica do bebê, o contato direto e imediato com a mãe foi prejudicado pela necessidade de internação.

Recomenda-se para a prática dos profissionais de saúde, o esclarecimento às mulheres sobre o planejamento reprodutivo e acerca das condições da gestação e a garantia ao acesso a um serviço de referência.

REFERÊNCIAS

- AIRÈS P. **História social da criança e da família**. Trad. De Dora Flaksman, 2. ed., Rio de Janeiro: LCT, 2006.
- BASSO, G. C.; NEVES, E. T; SILVEIRA A. The association between attending prenatal care and neonatal morbidity. **Texto Contexto Enferm**. 2012; 21(2):269-275.
- BRASIL. Ministério da saúde. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA 32 – atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2012.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466/12, de 12 dez 2012a.
- BRASIL. Ministério da saúde. Atenção à Saúde do Recém-Nascido, Guia para os Profissionais de Saúde. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília, DF, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém- nascido de baixo peso: método canguru. Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Saúde; 2002.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. Estatuto da Criança e do Adolescente. 3. ed. Brasília, DF, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília, DF, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 693 Norma de orientação para a implantação do Método Canguru. Diário Oficial da União 2000^a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Assistência à Saúde Perinatal. Bases Programáticas. Brasília: Ministério da Saúde; 1991.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de assistência integral à saúde da mulher. Brasília, DF, 1983.
- BORGES, A. L. V. et al. Planejamento da gravidez prevalência e aspectos associados. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]. 2011, vol. 45, n. spe2, pp. 1679-1684. ISSN 0080-6234.

- CARVALHO, F. A. M., PINHEIRO, A. K. B., XIMENES, L. B. Assistir à parturiente: uma visão dos acadêmicos de enfermagem. **Rev. Rene.** 2010; 11(1):86-93.
- CEZAR, J. A.; MENDOZA, S. R. A; GONZALEZ, C. D. A; MANO, O. S; GOULART, F. S. M. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(5):985-994, mai., 2011.
- CORREA, D. A. M.; VERONEZ, M.; HIGARASHI, I. H and , OLIVEIRA, K. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. **Esc. Anna Nery** [online]. 2013, vol. 17, n. 1, pp. 46-53. ISSN 1414-8145.
- COSTA, R. et al. Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. História da Enfermagem-**Revista Eletrônica** (HERE), v. 1, p. 55-68, 2010.
- COSTA, R.; PADILHA, M. I.; MONTICELLI, M. Produção de conhecimento sobre o cuidado ao recém-nascido em UTI Neonatal: contribuição da enfermagem brasileira. **Ver Esc. Enferm. USP.** 2010; 44(1): 199-04.
- CUNHA, M. A.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M. G. AND MAMEDE, F. V. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Esc. Anna Nery** [online]. 2009, vol. 13, n. 1, pp. 145-153. ISSN 1414-8145.
- DAVIM, R. M. B.; GILSON, V. T. Acolhimento: opinião de puérperas em sistema de alojamento conjunto em uma maternidade pública de Natal/RN. **Rev. Rene.** 2008; 9 (3):37-43.
- DUARTE. G.; MARCOLIN, A. C., QUINTANA, S. M., CAVALLI, R. C. Infecção urinária na gravidez. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2008; 30(2):93- 100.
- GAÍVAM, A. M.; BITTENCOURT, R. M.; FUJIMORI, E. Óbito neonatal precoce e tardio: perfil das mães e dos recém-nascidos. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2013; 34(4):91-97.
- GRIBOSKI, R. A.; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais da saúde o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto Contexto Enferm.** 2006; 15(1):107-14.
- LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública.** 2002; 36(6): 759-772.
- LIMA, A. F.; MELO, A. M.; FERREIRA, M. A. Pré-natal: um desafio para as gestantes acompanhadas nas unidades de saúde da família no município de Serra Talhada – PE. **Saúde Coletiva em Debate**, 2(1), 31-40, dez. 2012.
- LOPES, G. T.; OLIVEIRAM, C. R.; SILVA, K. M.; SILVA, I. F.; RIBEIRO, A. P. L. P. Hipertensão gestacional e a síndrome Hellp. Ênfase nos cuidados de enfermagem **Revista Augustus.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 36, p. 77-89, jul./dez. 2013.
- MELO, R. C. J.; SOUZA, I. E. O.; PAULA, C. C. O sentido do ser-mãe-que-tem-a-possibilidade-de-tocar-o-filho-prematuro na unidade intensiva: contribuições para a enfermagem neonatal. **Esc. Anna Nery** [online]. 2012, vol. 16, n. 2, pp. 219-226. ISSN 1414-8145.

MINAYO, M. C de S. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12. ed. São Paulo. Hucitec, 2010.

MOREIRA, K.; ARAÚJO, M.; FERNANDES, A.; BRAGA, V.; MARQUES, J.; QUEIROZ, M. O significado do cuidado ao parto na voz de quem cuida: uma perspectiva à luz da humanização. **Cogitare Enferm.** 2009.

NETO, E. T. S.; ALVES, K. C. G.; ZORZAL, M.; LIMA, R. C. D. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc.** São Paulo. 2008; 17(2): 107-119.

PEDRON, C. D.; BONILHA, A. L. L. Práticas de atendimento ao neonato na implantação de uma unidade neonatal em hospital universitário. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS) 2008 dez; 29(4): 612-8.

PEIXOTO, C. R.; FREITAS, L. V.; TELES, M. R.; CAMPOS, F. C.; PAULA, P. F.; DAMASCENO, A. K. C. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Rev. Enferm UERJ.** 2011; 19:286-91.

PEREIRA, A. L. F.; MOURA, M. A. V. Ciência, natureza e nascimento humano: interfaces com o movimento de humanização do parto. **Rev. Eletrônica Enferm.** 2008

PIESZAK, G. M.; NEVES, E. T.; CANTERLE, I. R.; MAGNAGO, T. S. B.S.; ARRUÉ, A. M.; SILVEIRA, A. Mortalidade de neonatos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal do sul do Brasil. **Evidentia.** 2013 oct-dic; 10(44).

PIOVESAN, L. R. et al. "A morbimortalidade e a caracterização das demandas de cuidados de recém nascidos procedentes de Santa Maria internados na utineodohusm no ano de 2002." **Ciência, Cuidado e Saúde** 7 (2013).

SIMÕES, A. L. A.; BITTAR, D. B.; MATTOS, E. F.; SAKAI, L. A. A humanização do atendimento no contexto atual de saúde: uma reflexão. **Reme: Rev. Min. Enferm.** 2007;11(1):81-5.

SOARES, E. S.; MENEZES, S. M. G. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 51-60, jan./mar. 2010.

VELHO, M. B.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Rev. Bras. Enferm.** 2010.

APÊNDICE A- EXTRATO DO QUADRO ANALÍTICO

	ME FALE COMO FOI SUA GRAVIDEZ?
M 3	Foi tranquila, só tive infecção urinária. o resto tudo ótimo tanto dentro da minha residência com o meu esposo e meu filho com os parentes, tudo ótimo.
M 4	Você passou mal durante a gestação? Não, só agora no final que de vez em quando eu passava um pouquinho agitada. Porque a diabete subia um pouquinho demais, mas no começo foi tranquilo. Você chegou a ficar alguma vez internada durante a gestação? Fiquei 3 vezes pra controle da glicose.
M 5	Ela foi bem tranquila, porque por eu já ter quatro eu já recebia muito mais cuidado, assim. Então, por exemplo, a máquina de lavar eu não tinha, a gente deu um jeito de comprar, meu esposo deu um jeito de comprar pra que eu não precisasse fazer esforço né, lavando. Então foi bem tranquilo, tinha sempre a minha mãe pra me ajudar, não carreguei peso essas coisas assim, ele sempre deixava tudo organizado antes de ir pro serviço. Então foi bem mais tranquilo.
M 6	É deu a partir agora do sexto, vinte cinco ou vinte seis semanas eu descobri que tava com pressão alta. Aí eu tava fazendo tratamento, mas os remédios não adiantavam. Aí... daí a médica de lá do posto me encaminhou pra cá. Daí descobriram que eu tava com pré-eclâmpsia. Antes era tranquilo, depois das vinte e oito semanas que começou o problema.
M 7	Ah foi tudo normal. Nunca tive... Normal como? Não eu parei de trabalhar um pouco assim. Muita coisa assim, serviço de casa não podia fazer né, porque eram gêmeos e daí fica mais difícil. Ah amassar pão essas coisas que a gente faz, varrer o terreiro, junta, não podia me abaixar muito né. Aí tudo essas coisas assim eu já não podia fazer mais.
M 9	Foi tranquila. Não tive nenhuma reação aos, como é que se diz, nem essas coisas de enjôo que dá ou , não. E comer tranquilo. Agora na última semana que às vezes, depende do que eu comia eu vomitava, na última semana só. E às vezes nada, não tive nada, nem reação, não tive dor, não tive nada, nada, nada.
M10	Eu tenho labirintite. A única coisa que me trouxe tratar aqui foi a labirintite e eu desmaio frequente. E daí eu comecei a vim tratar aqui nunca mais me deu nada até o final. E como era a tua vida, o teu dia a dia? Normal. Continuou trabalhando na lavoura? Não, ali eu diminui um pouco. Nos últimos meses eu parei. Mas, até quanto tempo tu trabalhou na lavoura? Até os seis meses pra sete. E o que tu fazia? Ah, a gente junta batata, a gente planta feijão, aduba feijão, a gente colhe feijão, essas coisas assim do interior.
M11	Muito tranquilo. Fiz todas as consultas no período certo né.
M12	Eu tava bem deprimida assim. O que eu queria não era no momento. Acho que um pouco eu fiquei mais triste, mais depressiva e, eu não dava muita bola assim também. Por causa que pra mim eu não gostava, eu não queria porque eu me sentia mal. Os outros me olhavam, aquela barriga achava muito estranha, eu não saía ficava só em casa também. Daí eu parei de comer. Como o que por exemplo? Me falaram várias coisas. Me falaram que ele tinha me deixado porque eu tinha engravidado, várias coisas assim sabe. Aí eu me sentia mal, não gostava de sair, daí eu parei de comer, porque eu tava bem gorda. Estava com 73, eu cheguei a 65 kg. Você chegou a comentar isso com o médico? Não, não cheguei. Só pedi atestado pra mim ficar em casa. Pra não ir trabalhar, ficava só em casa, pedia bastante atestado. Daí ele me deu o laudo pra mim ficar em casa. Toda tua gestação foi assim? Eu saía mais assim durante a noite. Que daí eu quase ninguém.
M13	Não deu problema nenhum, foi normal. Você continuou trabalhando? Não, não daí eu descobri que eu estava eu parei.
M14	foi tudo normal.

APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-MESTRADO
**PESQUISA: RECONSTRUINDO A TRAJETÓRIA DO PRÉ-NATAL DE MULHERES
MÃES DE RECÉM-NASCIDOS DE RISCO**

Pesquisador responsável: Enf^aProf^aDr^a Eliane Tatsch Neves

Coorientadora: Enf^aProf^aDr^a. Cristiane Cardoso de Paula

Mestranda: Enf^a. Ângela Maria Naidon

1. Como foi o dia que você descobriu que estava grávida?
2. Você fez o exame espontaneamente ou alguém te orientou?
3. Como foi a reação da família quando souberam sobre a sua gravidez?
4. Sua gestação foi uma surpresa? Por quê?
5. Com quantas semanas você descobriu que estava grávida?
6. Quando e como foi sua primeira consulta de pré-natal?
7. Me fale como foi sua gravidez?
8. Quais os serviços de saúde você procurou? Por quê?
9. Você poderia me contar como foram suas consultas de pré-nata?
10. Quantas consultas você fez? Por quê?
11. Quais os profissionais te acompanharam no pré-natal?
12. Como foi o momento que você ganhou o seu filho?
13. Quando você soube que seu filho poderia precisar ir para a UTIN?

APÊNDICE C- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, DEMOGRÁFICOS, ECONÔMICOS E SOCIAIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-MESTRADO
PESQUISA: **RECONSTRUINDO A TRAJETÓRIA DO PRÉ-NATAL DE MULHERES MÃES DE RECÉM-NASCIDOS DE RISCO**

Pesquisador responsável: Enf^aProf^aDr^a Eliane Tatsch Neves

Coorientadora: Enf^aProf^aDr^a Cristiane Cardoso de Paula

Mestranda: Enf^a Ângela Maria Naidon

Data de preenchimento: ___/___/___ Levantamento realizado por: _____

SAME: _____

1Data de Nascimento? __ __/__ __/__ __ __ __

2.Como você se classifica a respeito de sua cor ou raça?

- 1 () Preta/negra
2 () Parda
3 () Branca
4 () Amarela
5 () Indígena

3Em que município você reside[mora]?

- 1 () Santa Maria/RS
2 () Outro: _____

4.Qual o seu estado civil?

- 1 () Solteira
2 () Casada/União Estável
3 () Divorciada
4 () Viúva

5.Qual a sua escolaridade?

- 1 () Analfabeto funcional (sabe ler e escrever, mas não frequentou a escola ou não sabe ler, nem escrever e não frequentou a escola, porém sabe identificar letras, números, etc.)
2 () EF incompleto
3 () EF completo
4 () EM incompleto
5 () EM completo
6 () ES incompleto
7 () ES completo
8 () Ensino profissionalizante
9 () Pós-graduação

6.Qual a sua renda familiar?

- 1 () < que 1 SM (< R\$ 545,00)
2 () 1 a 3 SM (R\$ 545,00 e R\$ 1.635,00)
3 () > que 3 SM (> que R\$ 1.635,00)

7.Quantas pessoas vivem com essa renda [incluindo você e seu filho (a)]?

- 1 () 2 pessoas
2 () 3 pessoas
3 () 4 pessoas
4 () 5 pessoas

- 5 () 6 ou mais pessoas
8. Qual o seu trabalho?
- 1 () Nenhum
- 2 () Sem carteira de trabalho assinada. Qual? _____
- 3 () Com carteira de trabalho assinada. Qual? _____
9. Você é/foi fumante?
- 1 () Não
- 2 () Fumante Passiva [reside ou trabalha no mesmo ambiente que outros fumantes]
- 3 () Ex-fumante
- 4 () Deixei de fumar por causa da gravidez
- 5 () Sim
10. Você ingere bebida alcoólica?
- 1 () Não
- 2 () Deixei de beber por causa da gravidez
- 3 () Sim, raramente
- 4 () Sim, só nos fins de semana
- 5 () Sim, frequentemente
11. Você usa algum tipo de droga ilícita?
- 1 () Não
- 2 () Deixei de usar por causa da gravidez
- 3 () Sim, raramente
- 4 () Sim, só nos fins de semana
- 5 () Sim, frequentemente. Qual? _____
- 12) Nº de gesta _____ Para _____
- 13) Idade materna: _____
- 14) A mãe fez pré-natal?
- 1 () Sim N° de consultas: __. Local: _____ Com quem: _____
- 2 () Não
- 15) Tipo de parto:
- 1 () Cesárea
- 2 () Normal
- 3 () Fórceps
- 4 () outros. Qual: _____
- 16) Posição da criança na família:
- 1 () 1° filho
- 2 () 2° filho
- 3 () 3° filho
- 4 () 4° filho
- 5 () Outro _____.
- 17) Intervalo entre o último parto e o parto da criança estudada _____

1) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

- 1.1) Nome (iniciais): _____ N° de Registro da instituição: _____ 1.2) Sexo: 1 () Fem 2 () Masc.
- 1.3) Data de Nascimento: ____/____/____ 1.4) Peso ao nascer: (_____) gramas
- 1.5) Idade gestacional ao nascer: 1 () prematuro (antes da 37ª semana)
- 2 () a termo (37ª a 42ª semanas)
- 3 () pós-termo (+42ª semana)
- 1.6) Estatura ao nascer: (_____) cm 1.7) 1º Apgar no 1º minuto (____); 2º 5º minuto (_____)
- 1.8) Intercorrências ao nascimento 1 () Sim 2 () Não. Quais?

1.9) Necessidade de reanimação respiratória: 1 () Não 2 () Sim

2) MOTIVO DA INTERNAÇÃO NA UTIN: _____

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-MESTRADO

PESQUISA: Reconstruindo a trajetória do pré-natal de mulheres mães de recém-nascidos de risco

Pesquisador responsável:Enf^ªProf^ªDr^a Eliane Tatsch Neves

Coorientadora:Enf^ªProf^ªDr^a Cristiane Cardoso de Paula

Mestranda responsável:Enf^ªMda Ângela Maria Naidon

Laboratório de pesquisa: GP PEFAS/UFSM (55) 3220-8938.³

Local da coleta de dados: Unidade de tratamento intensivo neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria/RS.

Sujeitos envolvidos: mães que tenham seus filhos internados na unidade de tratamento intensivo neonatal.

Estimada participante da pesquisa:

- Você está sendo convidada a participar desta pesquisa, através de entrevistas individuais, de forma voluntária.
- Antes de aceitar participar da pesquisa é muito importante que você entenda as informações e instruções que estão neste documento.
- Antes de você decidir se irá participar pergunte todas as suas dúvidas à pesquisadora, esta deverá responder a todas de forma clara.
- Você tem o direito e poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma punição ou prejuízo dos benefícios a que tem direito.

A pesquisa tem como objetivo: Compreender a trajetória de mulheres que realizaram o pré-natal e tiveram seus filhos internados em Terapia Intensiva Neonatal. Caracterizar a trajetória do pré-natal de mulheres e seus recém-nascidos de risco quanto aos aspectos clínicos e sócio demográficos. Descrever o percurso desenvolvido pelas mulheres mães, desde a descoberta da gravidez até o nascimento de um recém-nascido de risco. Procedimento: Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as entrevistas desencadeadas a partir do enunciado

³Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep.

“Fale sobre sua trajetória desde a descoberta da gestação até o nascimento”. A entrevista será gravada, uma foto será tirada da carteira de gestante para ter todos os dados do pré-natal e juntamente uma coleta nos prontuários que somente a pesquisadora, sua orientadora e coorientadora terão acesso. Nesta atividade será respeitada sua privacidade e as informações obtidas com suas respostas serão mantidas em confidencialidade, sem a possibilidade de identificação na divulgação dos resultados do estudo. Desta forma, fica garantido o anonimato dos participantes.

Benefícios: Os resultados da pesquisa relacionam-se diretamente com a produção do conhecimento acerca do tema e poderão contribuir para melhorar pré-natal de outras mulheres.

Riscos: Existe o risco de desvelar sentimentos e percepções que possam gerar algum desconforto aos sujeitos em virtude da fala de suas vivências. Nestes casos a entrevista será interrompida e/ou conforme o caso, suspensa.

Confidencialidade: As informações fornecidas por você serão confidenciais e somente a pesquisadora responsável tomará conhecimento delas. Após as falas gravadas ser transcritas, o material das gravações será apagado. Quanto ao material escrito, o mesmo permanecerá por um período de cinco anos sob a guarda e responsabilidade da orientadora da pesquisa e após este período, o mesmo será incinerado / destruído. O seu nome não será divulgado e você não será identificada de nenhuma forma, inclusive no momento da divulgação dos resultados da pesquisa.

Acesso as informações: Em caso de dúvidas a respeito do estudo, você poderá telefonar para o laboratório de pesquisa GP PEFAS/UFSM/RS/BR (55) 3220-8938 e conversar com as pesquisadoras responsáveis pelo estudo. Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, concordo em participar desta pesquisa.

Desde já agradeço pela colaboração,

Santa Maria _____, de _____ de 2014.

Nome do sujeito

Assinatura do sujeito

Prof^aDr^a Eliane Tatsch Neves/ pesquisadora

APÊNDICE E: TERMO DE ASSENTIMENTO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-MESTRADO

PESQUISA: Reconstruindo a trajetória do pré-natal de mulheres mães de recém-nascidos de risco

Pesquisador responsável:Enf^ªProf^ªDr^a Eliane Tatsch Neves

Coorientadora:Enf^ªProf^ªDr^a Cristiane Cardoso de Paula

Mestranda responsável:Enf^ªMda Ângela Maria Naidon

Local da coleta de dados: Unidade de tratamento intensivo neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria/RS.

Sujeitos envolvidos: mães que tenham seus filhos internados na unidade de tratamento intensivo neonatal.

Eu _____ aceito participar da pesquisa “Reconstruindo a trajetória do pré-natal de mulheres mães de recém-nascidos de risco”.

Declaro que a pesquisadora Ângela Maria Naidon me explicou todas as questões sobre o estudo que vai acontecer. Compreendi que não sou obrigada a participar da pesquisa, eu decido se quero participar ou não. A pesquisadora me explicou que minha participação nesta pesquisa consistirá em responder as entrevistas desencadeadas a partir do enunciado “Fale sobre sua trajetória desde a descoberta da gestação até o nascimento”, que serão gravados, será fotografada da carteira de gestante para ter todos os dados do pré-natal e juntamente uma coleta nos prontuários que somente a pesquisadora, sua orientadora e coorientadora terão acesso. Dessa forma, concordo livremente em participar das entrevistas e da construção do desenho sabendo que posso desistir a qualquer momento, se assim desejar.

Santa Maria, ____ de _____ de 2014.

Nome do sujeito

Nome do responsável

Assinatura do sujeito

Assinatura do responsável

Prof^ªDr^a Eliane Tatsch Neves/ pesquisadora

APÊNDICE F - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS (TCD)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-MESTRADO

PESQUISA: Reconstruindo a trajetória do pré-natal de mulheres mães de recém-nascidos de risco

Pesquisador responsável: Enf^aProf^aDr^a Eliane Tatsch Neves.

Mestranda responsável: Enf^a Ângela Maria Naidon.

Local da coleta de dados: Unidade de terapia intensiva neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos cujos dados serão coletados por meio de uma entrevista, que visa os seguintes objetivos: Compreender a trajetória de mulheres que realizaram o pré-natal e tiveram seus filhos internados em Terapia Intensiva Neonatal; caracterizar essas mulheres e seus recém nascidos quanto aos aspectos clínicos e sociodemográficos; descrever as implicações do acompanhamento pré-natal para a ocorrência do nascimento de um recém nascido de risco e conhecer o percurso desenvolvido pelas mulheres- mães de recém nascido de risco, desde a descoberta da gravidez até o parto.

Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas para composição de banco de dados e execução desse projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala 1336, no Departamento de Enfermagem, prédio 26 do Centro de Ciências da Saúde, no período de cinco anos, sob a responsabilidade da Pesquisadora responsável Enf^aProf^aDr^a Eliane Tatsch Neves. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ___/___/___, com o número do CAAE _____.

Santa Maria, _____ de _____ de 2014.

Eliane Tatsch Neves

RG: 1052691696

ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA